CENA 1 ZŁ 50 GR.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 3 (XIV) Listopad 1950 Nr 11



WYDAWCA POLSKI CZERWONY KRZYŻ

T R E Ś Ć

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek

CENA 1 ZŁ 50 GR.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 3 (XIV) Listopad 1950 Nr 11

W 33 ROCZNICĘ



Repr. WAF

MASY pracujące całego świata obchodzą wraz z narodami radzieckimi 33 rocznicę Rewolucji Październikowej, która zmieniła w radykalny sposób układ sił społecznych na świecie, wskazując masom pracującym na całym świecie drogę do wyzwolenia społecznego.

„Zwycięstwo Rewolucji Październikowej —powiedział Józef Stalin — *oznacza zasadniczy przełom w historii ludzkości, zasadniczy przełom w losach dziejowych kapitalizmu światowego, zasadniczy przełom w ruchu wyzwoleńczym proletariatu światowego, zasadniczy przełom w sposobach walki i formach organizacji w życiu codziennym i tradycjach, w kulturze i ideologii mas wyzyskiwanych całego świata*".

Rewolucja Październikowa obaliła raz na zawsze, na olbrzymim terytorium, obejmującym 1/6 kuli ziemskiej, ustrój wyzysku człowieka przez człowieka, uczyniła klasy pracujące prawowitymi gospodarzami kraju, wyzwoliła uciskane przez carat narodowości z kajdan niewoli.

Deklaracja Praw Narodów Rosji, opublikowana 23 listopada 1917 r., podpisana przez Lenina i Stalina, ogłosiła prawo narodów do samookreślenia i samodzielnego bytu państwowego. Rewolucja Październikowa proklamowała niepodległość Polski i przyczyniła się do obalenia panowania trzech zaborców w Polsce.

W ciągu 33 lat władzy radzieckiej, narody ZSRR obroniły pod wodzą Lenina i Stalina zdobycze Rewolucji Październikowej, pokonały zagranicznych interwentów i własną kontrrewolucję, przystąpiły w latach 1921—1927 do odbudowy zniszczonej gospodarki, a w okresie kilku pięciolatek przekształciły zacofany kraj rolniczy w przodujące państwo przemysłowe, w niepokonaną ostoję socjalizmu.

W latach Wielkiej Wojny Narodowej przeciwko najeźdźcom faszystowskim, narody radzieckie odniosły zdecydowane zwycięstwo nad wrogiem i rozgromiwszy faszystowskie Niemcy oraz imperialistyczną Japonię ocaliły ludzkość przed zagładą ze strony faszyzmu oraz przyniosły wolność i niepodległość licznym narodom Europy i Azji.

Obecnie, w okresie powojennym, Związek Radziecki realizując w pokojowej twórczej pracy wspaniałe plany dalszej rozbudowy swojego mocarstwa — przewodzi wciąż rozsnącemu obozowi pokoju, demokracji i socjalizmu, stoi w awangardzie walki postępowej ludzkości w obronie pokoju przeciwko amerykańsko-angielskiemu imperializmowi.

Związek Radziecki zmierza wielkimi krokami naprzód ku komunizmowi — ustrojowi powszechnego dobrobytu mas pracujących. Temu celowi służy genialny stalinowski plan przeobrażenia przyrody. Nad brzegami Wołgi, Dniepru, Amu-Darii wre i kipi mrówcza praca budowniczych komunizmu — wielkiej armii kołchoźników i inżynierów, techników i naukowców wprzęgniętych do wielkiego, pięknego dzieła, pokojowej pracy.

W tym samym czasie, gdy narody Związku Radzieckiego zajmują się pokojową, twórczą pracą, gdy przystąpiły do wykonania wielkich budowli epoki stalinowskiej, grupa amerykańskich podżegaczy wojennych zajęta jest budową fabryk zniszczenia, rozmnażaniem śmiercionośnych bakterii i chorób, budową fabryk broni atomowej, a pirackie amerykańskie naloty obracają w ruiny spokojne miasta i wsie koreańskie.

Narody Związku Radzieckiego, pod wodzą swej partii komunistycznej i chorążego pokoju — Wielkiego Stalina, dają godną odprawę amerykańskim imperialistom, którzy w 5 lat po zlikwidowaniu agresji niemiecko-faszystowskiej, marzą o rzuceniu ludzkości w odmęty nowej wojny, która przyniosła by jej nowe niesłychane cierpienia i nędzę.

Umiłowanie pokoju przez ludzi radzieckich wynika z poczucia ich siły, wynika z ich przodującej roli w dziejach świata, z ich pionierskiej roli w wywalczaniu w dniach Października nowego, sprawiedliwego ustroju. Naród radziecki nienawidzi wojny, gdyż zajęty jest pokojową, twórczą pracą. Sekretarz WKP(b) Malenkow oświadczył w ubiegłym roku pod adresem imperialistycznych podżegaczy wojennych: „Niechaj nikt nie pomyśli, że jesteśmy przestraszeni tym, że podżegacze wojenni pobrzękują bronią. Nie my, lecz imperialiści i agresorzy winni bać się wojny".

Amerykańscy podżegacze wojenni, gnębiciele narodu koreańskiego, winni strzec się sprawiedliwego gniewu narodów świata. Krzepnie bowiem i rośnie oraz przechodzi do aktywnych działań światowy obóz obrońców pokoju, który przygotowuje się do odbycia II Światowego Kongresu Obrońców Pokoju. Kongres ten napiętnuje i postawi pod pręgierzem Churchila, Dullesa, Bradleya, Mac Arthura i innych, jako winnych najcięższych zbrodni przeciwko ludzkości: podżegania do wojny.

W swej walce przeciwko agresorom amerykańsko-angielskim, miłująca wolność i pokój ludzkość opiera się o bastion pokoju światowego, o wielki niezwyciężony Związek Radziecki. Siły Związku Radzieckiego wciąż rosną. Opublikowany niedawno komunikat o wykonaniu planu gospodarczego w III kwartale br. jest nowym świadectwem zwycięstw ZSRR na froncie pokojowej pracy. Zwycięstwa te, które przyczyniają się do dalszego wzrostu dobrobytu narodu radzieckiego, zapoczątkowane zostały w historycznych dniach Października 1917 r. Dziś obchodzimy sławną 33 rocznicę Wielkiej Socjalistycznej Rewolucji Październikowej w głębokiej ufności i wierze w potęgę mocarstwa socjalistycznego, stojącego na straży pokoju światowego, broniącego wolności i niepodległości narodów, gotowego zawsze wraz z całą postępową ludzkością do okiełzania zakusów anglo-amerykańskich imperialistów pragnących wojny.

W. A. RYBASOW

PIELĘGNIARKI PROLETARIACKIEJ REWOLUCJI

PIOTROGRÓD w październiku 1917 r. Między czerwonogwardzistami zdobywającymi Pałac Zimowy migają sylwetki robotnic piotrogrodzkich fabryk i zakładów przemysłowych. To prawie jedyny personel sanitarny, udzielający pomocy rannym bojownikom Rewolucji.

W pamiętne dni, gdy naprędce z pośród robotników, żołnierzy i marynarzy organizowały się oddziały Czerwonej Gwardii, setki robotnic zapisywało się do oddziałów sanitarnych i przygotowywało do udzielania pomocy pielęgniarskiej czerwonogwardzistom w oczekujących ich walkach z kontrrewolucją. Konieczność zorganizowania służby zdrowia przy oddziałach Czerwonej Gwardii powołała do życia społeczną organizację nowego typu — Proletariacki Czerwony Krzyż.



Repr. WAF

Oddziały rewolucyjne zdobywają szturmem Pałac Zimowy, siedzibę Rządu Tymczasowego.

W tym czasie większość lekarzy i średniego personelu medycznego nie okazywała sympatii bolszewikom. Razem z utytułowanym kierownictwem Rosyjskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża część lekarzy zajmowała pozycję zdecydowanie wrogą wobec władzy rewolucyjnej, Proletariacki Czerwony Krzyż podjął się więc zorganizować służbę zdrowia dla Czerwonej Gwardii, a pracą sanitarnych oddziałów kierowali lekarze i felczerzy, którzy związali swój los z proletariacką Rewolucją.

CZERWONE PIELĘGNIARKI

Począwszy od 8 listopada 1917 r. na wszystkich dworcach Piotrogrodu przystąpiły do pracy zorganizowane przez Proletariacki Czerwony Krzyż punkty pierwszej pomocy dla rannych i chorych. Przy sztabie wojenno-rewolucyjnym w Smolnym zorganizowano pierwszy radziecki szpital wojskowy, w którym wczorajsze robotnice fabryczne pod nadzorem lekarzy pielęgnowały rannych. W krótkim czasie najlepsze z pośród nich otrzymały tytuł „CZERWONYCH PIELĘGNIAREK".

Nie przypadkowo przyznano im ten tytuł! Pierwsze czerwone pielęgniarki nie były siostrami miłosierdzia przedrewolucyjnego Czerwonego Krzyża, a robotnicami i chłopkami, komunistkami i bezpartyjnymi — i d e o w y m i b o j o w n i c z k a m i R e w o l u c j i.

Nie tylko opatrywały rany swoim towarzyszom pod ogniem przeciwnika i pielęgnowały ich w szpitalach polowych, ale często wraz z żołnierzami walczyły o władzę radziecką z bronią w ręku.

W przerwach między walkami czerwone pielęgniarki otaczały żołnierzy kobiecą troskliwością i opieką, naprawiały i prały bieliznę, przygotowywały posiłki. Były zapalonymi agitatorkami między żołnierzami, podnosząc ich na duchu i pobudzając do nowych bohaterskich czynów.

W MOSKWIE

W ślad za Piotrogrodem sztandar Rewolucji Proletariackiej podniosła i Moskwa. I tutaj zagadnienie pomocy sanitarnej dla powstańców-robotników rozwiązały robotnice. Setki robotnic moskiewskich fabryk i zakładów przemysłowych tworzyły sanitarne oddziały, zakładając szpitale polowe i punkty opatrunkowe.

Oto jak opisuje A. Czeborin działalność oddziałów sanitarnych:

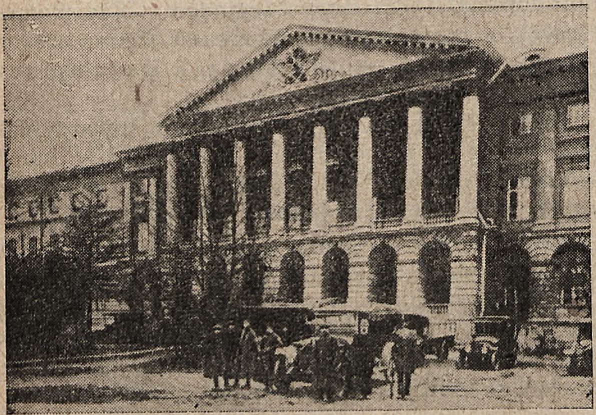
„W Moskwie w czasie walk było kilka tysięcy zabitych i rannych. Punkty opatrunkowe i samochody sanitarne musiały pracować pod obstrzałem, robotnice-sanitariuszki nieustraszenie szły pod kulami na pomoc rannym bojownikom. Okrutny wróg nie szczędził czerwonych sanitariuszek, które gęsto padały od kul obok swych rannych towarzyszy".

Przy organizowaniu pomocy sanitarnej robotnikom-powstańcom i przeszkoleniu czerwonych sanitariuszek w Październikowe dni Moskwy duże zasługi położył działacz radzieckiej medycyny, lekarz-bolszewik E. P. Sołowiew.

NA APEL

Pierwszy zjazd robotnic w listopadzie 1918 r. uchwalił rezolucję o konieczności pomocy dla frontu — o organizowaniu oddziałów czerwonych sanitariuszek.

Piotrogród, kolebka rewolucji, znajdował się pod uderzeniem wojsk kontrrewolucjonisty gen. Juden cza. Piotrogrodzki Komitet Partii Bolszewickiej, a także osobiście Włodzimierz Lenin, zwrócili się do piotrogrodzk ch robotników z apelem, ażeby wytężyli wszystkie siły dla obrony miasta. Wezwanie to znalazło gorący oddźwięk w sercach petersbursk ch robotnic. W ciągu jednego dnia zgłosiło się około 600 zmobilizowanych robotnic, posiadających podstawowe przygotowanie sanitarne. Setki innych robotnic przeszły 3-tygodn owe kursy, przygotowujące kadry sanitarne dla oddziałów skierowanych na front. Kursy te przeszkoliły przeszło 1000 czerwonych sanitariuszek, pielęgn arki zaś doszkalały się jeszcze na specjalnych 2-tygodniowych kursach. Z pośród 4.000 robotnic wysłanych na front do obrony Piotrogrodu 1.000 robotnic pracowało w oddziałach sanitarnych.



Repr. WAF

Piotrogród, siedziba CK Partii Bolszewików

Warunki na froncie były ciężkie. Jedna z czerwonych san tariuszek w swych wspomnieniach pisze: „Upamiętniła mi się na całe życie walka pod Pułkowem. Nieprzyjaciel zasypał nas pociskami, z emia drżała od huku dział. Początkowo było mi strasznie, chciałam uciekać, ukryć się przed tym piekłem, ale jęki rannych, ich wołanie o pomoc pozwol ły mi zapomnieć o sobie".

Piotrogrodzkie robotnice pracowały jako czerwone sanitariuszki i pielęgniarki n e tylko na przednich pozycjach. Wiele z nich pracowało w P otrogrodzkich szpitalach, gdzie opatrywały rannych, myły podłogi, pomagały w kuchni, na prośbę chorych pisały im listy do ich krewnych, czytały na głos gazety i książki.

Czerwone sanitariuszki i pielęgniarki były ogromną pomocą dla służby zdrowia na wszystkich frontach, gdzie biła się młoda Armia Czerwona, wszędzie c eszyły się miłością i poważaniem czerwonoarmistów. Oto co o nich pisze T. Sołonowa, jedną z organizatorek kursów dla czerwonych pielęgniarek.

„Front i tyły od razu odczuły pracę czerwonych pielęgniarek. Pracowały one w ciężkich warunkach bez ograniczenia czasu, bezpośrednio na linii ognia, zbierając rannych na stacjach kolejowych". Ze sprawozdań dowódców czerwonych oddziałów i oceny lekarzy wyn ka, że praca czerwonych pielęgniarek i sanitariuszek była ogólnie wysoko ceniona.

PRZESZKADZACIE NAM STRZELAĆ

Jeden z pierwszych organizatorów radzieckiej służby zdrowia, członek Akademii N. A. Siemaszko w swoim artykule „Czerwona Armia i Czerwony Personel Sanitarny", wydrukowanym w piśmie „Komunistka" z 1920 r. przytacza głosy z frontów. Między innymi podaje, że czerwone pielęgniarki i sanitariuszki tak były pochłonięte zbieraniem rannych na przednich pozycjach, że czerwonoarmiści krzyczeli: „usuncie się, przeszkadzacie nam strzelać".

Historia Wojny Domowej zachowała wiele dokumentów bohaterskiej działalności czerwonych pielęgniarek. Tak więc np. w partyzanckich oddziałach Zabajkału w 1918 r. młodziutka pielęgn arka **G. Kulikowa** pozostawiła po sobie nie tylko pamięć czerwonej pielęgniarki, ale i wspaniałej konspiratorki-rewolucjonistki. Gdy dostała się do niewoli armii Kołczakowa, wydano na nią wyrok śmierci. W drodze do miejsca kaźni potrafiła tak dalece rozwinąć propagandę wśród żołnierzy konwojujących ją, ze ukryli się razem z nią za wzgórzem przechodząc na stronę czerwonych.

Czerwona pielęgn arka **Tamara Woronin** z Samary w najtrudniejszych chwilach walk z Kołczakowcami swoim bohaterstwem porywała za sobą towarzyszy-bojowników. W czasie jednej z walk kozacy wzięli Tamarę do niewoli. Początkowo postanowili ją rozstrzelać, ale gdy stwierdzili, że pod męskim ubraniem ukrywa się kobieta, zatłukli ją na śmierć.

W czasie niespodziewanego nalotu białych na Batałpaszyńsk czerwona pielęgniarka **Maria Mokojewa,** będąca do czasu Rewolucji nauczycielką wiejską, postanowiła uratować dokumenty komitetu partyjnego. Biali chwycili ją i poddali strasznym torturom. W czasie zeznań Mar a Mokojewa okazała niebywałą wytrzymałość: „Ja zginę, ale nie zginie rewolucja i idea komunizmu — mówiła swo m prześladowcom. Po długich męczarniach rozstrzelano ją.

Dużą popularnością cieszyła się w czasie wojny domowej czerwona pielęgniarka, Zinaida Patrykiewa, córka ukraińskiego proletariusza. Od 12 roku życia pracowała u fabrykantów. W 1918 r. wstąpiła jako ochotniczka w szeregi Czerwonej Armii. Początkowo Zinaida była sanitariuszką, po ukończeniu zaś trzymiesięcznego kursu została czerwoną pielęgniarką w Konnej Armii Budiennego. W czasie walki była trzykrotnie ranna. Pewnego razu w czasie rozgorzałej walki stwierdzono brak nabojów. Zinaida, ranna, przedostała się do obozu i ociekając krwią dostarczyła walczącym nabojów. Za bojową działalność została nagrodzoną orderem Czerwonego Sztandaru.

W KONSPIRACJI

W 1919 w Krymskiej konspiracji powstał Proletariacki Czerwony Krzyż. W czasie przygotowań do zbrojnego powstania utworzono z pośród robotnic bojowe sanitarne piątki. W zakonspirowanym mieszkaniu Feni Drażyńskiej w Symferopolu prowadzono szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy rannym. Tutaj także przygotowywano torby z materiałem opatrunkowym. Każda „piątka" czerwonych sanitariuszek i pielęgniarek znała dzielnicę i miejsce, gdzie miała stawić się w czasie walki. Wspaniała postać Anki-miotaczki kul z książki Furmanowa „Czapajew" i filmu tej samej nazwy, przedstawia bohaterkę wojny domowej, czerwoną pielęgniarkę **Marię Popową.**

W sławnej 25 dywizji Czapajewa Maria Popowa była nie tylko czerwoną pielęgniarką, ale i szeregowym czerwonoarmistą, brała udział w wielu walkach, dając wzór niebywałej odwagi i bohaterstwa. Czerwona pielęgniarka, wywiadowczyni i miotaczka kul — oto wojenne specjalności Marii Popowej, nagrodzonej orderem bojowego Czerwonego Sztandaru.

***



Repr. WAF

Wojna interwencyjna 1918—1920 r. Ćwiczenia wojskowe robotników leningradzkich, zmobilizowanych do Armii Czerwonej.

Wiele jeszcze możnaby przytoczyć przykładów bohaterskiej działalności czerwonych pielęgniarek, które oddane Ojczyźnie i dziełu Lenina-Stalina położyły fundamenty pod chwalebne czyny pielęgniarek radzieckich w czasie Wielkiej Wojny za Ojczyznę w latach 1941—1945.

spolszczyła Berta Kenig.

Dr BOBER STANISŁAW

LECZENIE TKANKAMI

ŚCISŁA współpraca naszej medycyny z medycyną radziecką pozwoliła nam na wykorzystanie w naszych szpitalach i klinikach wspaniałych odkryć uczonych radzieckich, wzbogaciła nasz arsenał leczniczy o cały szereg nowych środków leczniczych i nowych metod.

Przykładem tego jest coraz to szerszy rozwój tzw. l e c z e n i a t k a n k a m i, związanego z imieniem wielkiego radzieckiego uczonego, akademika Włodzimierza FIŁATOWA, któremu ostatnio w uznaniu jego zasług nadano tytuł Bohatera Pracy Socjalistycznej oraz nagrodzono orderem Lenina i medalem „Sierp i Młot".

Metoda leczenia tkankami, wynaleziona i opracowana przez FIŁATOWA jest metodą nową, gdyż początki jej sięgają roku 1933 tzn. roku, w którym ogłoszono ją drukiem.

Idea leczenia tkankowego zrodziła się w umyśle Filatowa w związku z zagadnieniem przeszczepienia rogówki w przypadkach jej zmętnienia (bielma), które tak często bywa przyczyną ślepoty i inwalidztwa.

W przypadku zmętnienia całej rogówki, jedynym sposobem przywrócenia wzroku i przywrócenia zdolności do pracy jest przeszczepienie zdrowej, przezroczystej rogówki w otwór, zrobiony w bielmie.

Operację taką wykonywana już od przeszło stu lat.

Przeszczepienia rogówki

Fiłatow w roku 1920 dokonał po raz pierwszy przeszczepienia rogówki, pochodzącej z gałki ocznej nieżyjącego, wycinając ją natychmiast po śmierci i umieszczając na kilka godzin w jałowym rozczynie izotonicznym w tmeperaturze +3° — +4° C.

W ten sposób Fiłatow stworzył nową erę chirurgii ocznej i mógł wraz ze swą szkołą wykonać do stycznia 1949 roku 1620 przeszczepień rogówki. Wraz z operacjami wykonanymi przez innych okulistów radzieckich, liczba przeszczepień rogówki w ZSRR sięga 2.900.

Jednakże nie każda operacja przeszczepienia rogówki kończy się wynikiem pomyślnym. Nie

zawsze świeżo przeszczepiona rogówka pozostaje przezroczysta, zdarzają się bowiem przypadki, w których przeszczep ulega zmianom wstecznym oraz następowemu zmętnieniu.

Fiłatow przekonał się wkrótce, że rogówki pochodzące ze zwłok przyjmują się lepiej od świeżych i żywych. Fakt ten nasunął mu myśl, że podczas utrwalania w chłodzie rogówka gromadzi w sobie jakieś ciała, które sprzyjają przyjmowaniu się jej w bielmie nowego gospodarza.

W dalszych swych pracach, kiedy w leczeniu bielma zaczął stosować przeszczepy rogówek, pochodzących z umarłych i przechowywanych w niskiej temperaturze, zauważył, że przejaśnianie się bielma, w okolicy przeszczepu staje się częstsze, a poza tym jest ono znacznie intensywniejsze. Dokoła przeszczepu w rogówce zbliznowaciałej po kilku dniach od operacji zmętniała rogówka zaczynała się przejaśniać i przepuszczać promienie świetlne, co dla chorego było najważniejsze. Chory zaczynał widzieć nie tylko przez przeszczepioną rogówkę obcą, ale i poprzez uprzednio nieczynną rogówkę własną.

Wydawało się, że „trupia rogówka" ożywiała nieczynną, chociaż żywą rogówkę.

Te dwa zasadnicze fakty pozwoliły Fiłatowowi wyciągnąć wniosek, że gałki oczne zmarłych, przechowywane w niskiej temperaturze gromadzą w tym czasie pewne ciała, które pobudzają procesy życiowe, zarówno w przeszczepie jak i w zmętniałej rogówce pobudzając do jej odnowy.

Od tej chwili Fiłatow zaczął wykonywać powierzchniowe „doszczepianie" utrwalonej rogówki osób zmarłych w każdym przypadku mętniejącego przeszczepu.

Przeszczepianie skóry

Wtedy uczynił jeszcze jedno spostrzeżenie, równie ważne jak poprzednie. Stwierdził mianowicie, że wszczepianie takiej tkanki wywiera korzystny wpływ na różne współistniejące choroby rogówki. Zaczął więc i w tych przypadkach stosować przeszczepianie tkanki u brzegu rogówki.

Pomyślne wyniki tych operacji skłoniły Fiałtowa do szerszego opracowania, nowej metody leczenia już nie tylko w okulistyce, ale i w innych dziedzinach medycyny. Zaczął stosować przeszczepianie kawałków utrwalonej skóry ze zwłok w przypadkach niegojących się zastarzałych zmian skórnych (w liszaju rumieniowatym, w zniekształceniach, ściągających bliznach), uzyskując wyleczenie.

Pierwsze przeszczepienie utrwalonej skóry wykonał Fiłatow osobie chorej od kilku lat na gruźlicę skóry; wynik leczniczy przeszedł wszelkie oczekiwania. Od tej chwili stosowanie utrwalonych tkanek szybko wyszło poza ciasne ramy leczenia chorób rogówki, i w zakres leczenia tkankowego weszły rozmaite inne choroby.

Fiłatow uświadomił sobie, że z przeszczepu tkanek świeżych, a w większym jeszcze stopniu z tkanek utrwalonych w niskiej temperaturze przechodzą do tkanek gospodarza bardzo czynne ciała, które nie odznaczają się żadną swoistością gatunkową.

Zarówno liczne prace doświadczalne Fiłatowa, jak i prace jego uczniów, oraz wnikliwe obserwacje kliniczne przy łóżku chorego, przekonały go, że w celach leczniczych można posługiwać się dowolną tkanką ludzką lub nawet zwierzęcą, przy czym tkanka taka niekoniecznie musi odpowiadać pod względem histologicznym tkance chorej oraz, że niekoniecznie musi być wszczepiana w pobliżu miejsca chorego. W toku spostrzeżeń okazało się bowiem, że przeszczepiona trupia rogówka na jednym oku działa uzdrawiająco na drugie oko.

Biologiczne bodźce tkankowe

Wszystkie wymienione spostrzeżenia i wnioski, na których opierał się Fiłatow, pozwoliły mu na stworzenie pierwszego uogólnienia, które stało się podstawą hipotezy, a następnie teorii leczenia biologicznymi bodźcami tkankowymi.

Zasadniczym tłem tego uogólnienia były następujące rozważania: tkanka oddzielona od ustroju żywego (trzeba wiedzieć, że w materiale pochodzącym ze zmarłych tkanki jeszcze żyją), umieszczona w obniżonej temperaturze lub w takim środowisku, które hamuje procesy życiowe — żyje w dalszym ciągu, mimo nadzwyczaj niesprzyjających warunków. W takiej tkance przerwany jest krwiobieg, upośledzone jest odżywianie jej komórek, utrudnione oddychanie tkankowe, wreszcie brak jest unerwienia. Niska temperatura chroniąc przechowywaną tkankę od działania bakterii hamuje jednocześnie wszelkie przemiany biochemiczne, jakie odbywały się w zwykłej dla tej tkanki temperaturze przed oddzieleniem jej od ustroju.

Jeżeli więc tkanka ludzka lub zwierzęca, oddzielona od ustroju i przechowywana w niskiej temperaturze żyje, to należy również przyjąć, że w tym czasie tkanka taka przestraja się biochemicznie. W wyniku tego wytwarzają się jakieś nowe ciała, które działają jako bodźce, pobudzające i hamujące — w czasie trwania niesprzyjających warunków — przemiany biochemiczne i w ogóle wszelkie przemiany życiowe w tych tkankach, pozwalając im na przetrwanie niekorzystnego okresu.

Fiłatow nazwał te ciała „ciałami oporu" lub biologicznymi bodźcami tkankowymi (dosłownie biogenne stymulatory).

Te biologiczne bodźce tkankowe wprowadzone do organizmu zdrowego lub chorego uczynniają jego własne odczyny fizjologiczne, wzmagając przemianę materii w komórkach, wzmagając czynności odnowy i zwiększając odporność ustroju na czynniki chorobowe, a w wyniku — prowadzą do wyzdrowienia.

Doświadczenia z roślinami

W dalszej swej pracy nad powstaniem biologicznych bodźców tkankowych, Fiłatow zainteresował się roślinami, przypuszczając, że cząsteczki roślin, przechowywane w warunkach niekorzystnych, czyli jak mówi Fiłatow, w warunkach „przeżywania", powinny gromadzić w sobie biologiczne bodźce tkankowe. W odróżnieniu od tkanek zwierzęcych Fiłatow nie przechowywał roślin w niskiej temperaturze, lecz w ciemności, wychodząc z założenia, że dla żywej rośliny koniecznym warunkiem dla pełni życia jest światło słoneczne i chlorofil.

Przypuszczenia Fiłatowa okazały się słuszne. Wyciągi wodne z liści, przechowywanych w ciemnościach (różnych roślin, jak aloes, groch, agawa, babka), posiadały właściwości lecznicze i to w znacznie większym stopniu, aniżeli wyciągi z liści, nie przechowywanych w ciemnościach.

Te nowe fakty z dziedziny świata roślinnego pozwoliły Fiłatowowi uogólnić swą pierwotną hipotezę w następujący sposób. K a ż d a t k a n k a l u d z k a, z w i e r z ę c a l u b r o ś l i n n a, o d d z i e l o n a o d u s t r o j u i p r z e c h o w y w a n a w n i e s p r z y j a j ą c y c h w a r u n k a c h, k t ó r e j e d n a k ż e n i e z a b i j a j ą j e j, u l e g a p r z e s t r o j e n i u b i o l o g i c z n e m u i w y t w a r z a c i a ł a n i e s w o i s t e, k t ó r e p o w p r o w a d z e n i u d o u s t r o j u p o b u d z a j ą j e g o ż y c i o w e o d c z y n y.

Tkanki te można otrzymać od żywego dawcy, najczęściej podczas operacji, lub też ze zwłok, z tym jednak zastrzeżeniem, aby od chwili śmierci nie minęło w lecie więcej niż 3—4 godziny, a w zimie 12 godzin.

Tkanki zwierzęce najlepiej otrzymać w rzeźni, przy czym, jeżeli potrzebne są tkanki zwierzęce niejałowe, konieczna jest ścisła kontrola rzeźni co do chorób zakaźnych.

Celem lepszego objaśnienia metody leczenia przytoczę kilka różnych sposobów postępowania.

Sposoby postępowania

Początkowo Fiłatow używał skóry przechowywanej w niskiej temperaturze, a pobieranej jałowo od żywego dawcy lub ze zwłok (z klatki piersiowej lub brzucha,, łącznie z niewielką ilością tkanki podskórnej). Skórę przenosi się do słoika z przytartym korkiem szklanym lub zamkniętego papierem pergaminowym i umieszcza się w lodówce w temperaturze 3—4°C powyżej zera na okres 6—7 dni. Pobrany materiał można również przechowywać w zwyczajnej chłodni, umieszczając słoik na deszczułce, położonej wprost na lodzie. Podczas tajania lodu temperatura w słoiku będzie się utrzymywać w granicach od 3—5°C powyżej zera. Po upływie przynajmniej 6—7 dni, w dniu operacji wyjmuje się skórę ze słoika i po ścięciu podściółki tłuszczowej kraje się na kawałki, wielkości około 20 cm². Następnie wyjaławia się je na płytkach Petriego w autoklawie w ciągu godziny w temperaturze 120°C pod ciśnieniem 1,5 atmosfery. Płytki Petriego podaje się na salę operacyjną w skrzynce z lodem. Operator przecina skórę chorego aż do tkanki podskórnej w dokładnym znieczuleniu miejscowym (najwygodniej to robić na bocznej powierzchni klatki piersiowej). Długość cięcia wynosi od 2 do 2,5 cm. W ranę wprowadza się na płasko skalpel tuż pod skórę na głębokość 7 cm i piłującymi ruchami oddziela się skórę od tkanki podskórnej do drugiego końca cięcia, celem wytworzenia kieszeni podskórnej. W kieszeń tę wprowadza się kawałek skóry (już sterylizowany), wielkości 6—8 cm². Na brzegi rany nakłada się trzy szwy a następnie opatrunek klejowy. Szwy zdejmuje się po ośmiu dniach. Operację, wykonuje się ambulatoryjnie.

W podobny sposób postępuje się ze skórą uzyskaną podczas operacji (zbędne płaty skórne).

Można również pobrać skórę lub błonę śluzową samego chorego, pamiętając o tym, że podczas sterylizacji skóra skraca się prawie o połowę.

Oprócz wszczepień lub przykładania utrwalonych tkanek bezpośrednio na ubytek, można, według Fiłatowa, stosować je w postaci wstrzykiwań. Tak na przykład nadaje się do tego celu krew z żył łożyskowych (po utrwaleniu w niskiej temperaturze, płyn mózgowo-rdzeniowy z przechowywanych w niskiej temperaturze zwłok i ciałko szkliste.

Można wreszcie wszczepiać liście roślin, zwłaszcza — polecane przez Fiłatowa — liście aloesu (Aloe arborescens). Liście trzyma się w ciemności w ciągu 12 dni, po czym rozcina się je na drobne części, kładzie się na płytki Petriego i w dniu operacji poddaje wyjałowieniu w 120°C w ciągu godziny. Przed operacją odcina się kolce i kawałek liścia, wielkości 6—8 cm², wszczepia pod skórę.

W leczeniu tkankami roślinnymi najwygodniejsze jest używanie wyciągów z liści.

Otrzymany przetwór wstrzykuje się podskórnie codziennie po 1—2 ml, czasem jeżeli zachodzi potrzeba, wstrzykuje się uprzednia 0,5% nowokainę. Jedno leczenie obejmuje 30 do 50 wstrzyknięć. Leczenie takie można powtarzać kilkakrotnie z przerwami, trwającymi od 1 do 2 miesięcy.

*
**

Nauka o biologicznych bodźcach tkankowych nawet pod względem czysto praktycznym ma zastosowanie nie tylko w medycynie ale i w weterynarii, a nawet w agrotechnice. Nauka ta może wyjaśnić szereg biologicznych zagadnień świata zwierzęcego i roślinnego.

Doskonałe wyniki uzyskał Fiłatow w leczeniu chorób oczu biologicznymi bodźcami tkankowymi.

Wskazania, podobnie jak i dodatnie wyniki lecznicze obejmowały choroby brzegów powiek, spojówek, nieżyt wiosenny, nawrotowe jęczmienie, krótkowzroczność z powikłaniami, stany zapalne rogówki, choroby naczyniówki i siatkówki różnej etiologii, stożek rogówki, barwnikowe zapalenie siatkówki, jaglicę z powikłaniami, kiłowe i gruźlicze zmiany rogówki, zanik nerwu wzrokowego, jaskrę i inne.

Celem zorientowania co do wskazań leczniczych przytaczam spis chorób, w których stosowano leczenie tkankowe: zwyczajny toczeń, owrzodzenia gruźlicze (w gruźlicy krtani i gruźlicy płuc), odżywcze owrzodzenia skóry, blizny ściągające (przy kurcze), wypryski, czerwony toczeń skórny, twardzina skóry, łuszczyca, zapalenie skóry i nerwów, zapalenie nerwów obwodowych, dychawica oskrzelowa, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, zapalenia ginekologiczne, pourazowe ograniczenia ruchomości stawów, powolne zrastanie się odłamów kostnych, rwa kulszowa, przewlekłe zapalenie stawów, samoistna zgorzel, dur plamisty (osłabienie objawów nerwowo-mózgowych, zapalenia nerwów, bruceloza, kilaki, trąd, rak skóry, pellagra, schizofrenia.

Już samo wyliczenie chorób, w których stosowano leczenie tkankowe przekonuje nas o rozległości wskazań.

W Polsce dotychczas stosowano leczenie tkankami najczęściej. w przypadkach astmy oskrzelowej lub choroby wrzodowej.

Ze względu na to, że leczenie to rozpowszechnia się coraz to więcej, uważałem za słuszne obok nakreślenia historycznego rozwoju leczenia tkankami, co pozwala na zrozumienie jego istoty, przytoczyć również sposoby przygotowywania tych tkanek.

W praktyce pielęgniarka może spotkać się z pewnymi odchyleniami, od opisywanej techniki, ale, jeżeli będzie znała ogólne zasady, odchylenia takie nie sprawią jej trudności, zrozumie je z łatwością, a rozumiejąc będzie pracować lepiej i wydajniej.

Stanisław Bober

Horyzonty biologii

BIOLOGIA jest nauką o prawach rządzących ruchem materii, która występuje w postaci organizmów zwierzęcych i roślinnych, jest nauką, która opierając się na szeregu nauk specjalnych stara się z poszczególnych gałęzi wiedzy o żywych organizmach wyciągnąć pewne wnioski ogólne.

Obecnie biologia przechodzi okres swego wspaniałego rozwoju i znajduje się w fazie gruntowych przemian dotyczących zarówno metodologii jak i jej ideologii.

Ostatnie badania i nauka Miczurina dokonały w biologii rewolucyjnego przewrotu, ostatecznie przekreślając idealistyczne i metafizyczne (pseudonaukowe) twierdzenia, a trzeba wiedzieć, że na wszystkich etapach rozwoju tej nauki toczyła się zawsze walka dwóch kierunków filozoficznych — idealistycznego i materialistycznego, bowiem losy biologii są dość ściśle splecione z losem filozofii.

EWOLUCYJNA TEORIA DARWINA

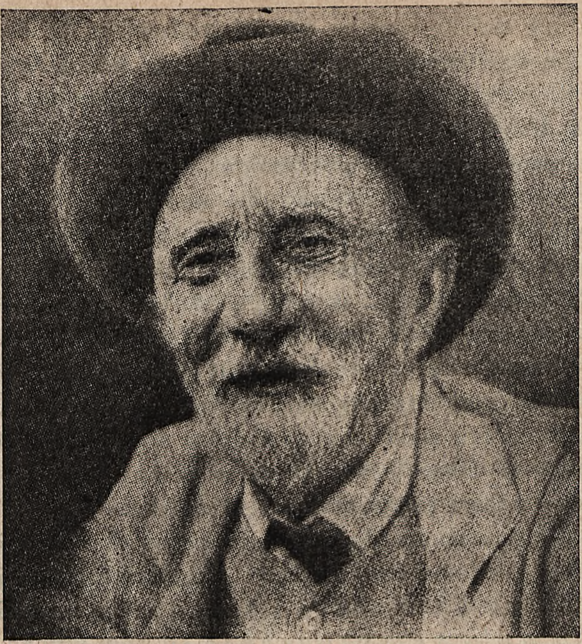
Radziecka biologia MICZURINA jest dalszym etapem rozwoju nauki DARWINA w następstwie najnowszych osiągnięć biologii oraz na skutek zwalczenia całego szeregu zasadniczych błędów Darwinizmu.

Darwin słusznie dowiódł, że świat roślinny i zwierzęcy, podobnie jak człowiek, powstał w wyniku długiego procesu rozwojowego, który trwał miliony lat, zaś celowe przystosowanie organizmów do otoczenia nie jest skutkiem nadprzyrodzonego (boskiego) wkraczania, lecz rezultatem ewolucji, u której podstaw leży zmienność. Źródeł zaś tej zmienności szukać należy w zmiennych i uzależnionych od zewnętrznych warunków zdolnościach dziedziczenia.

BŁĘDY DARWINIZMU

Podstawowa zasada koncepcji darwinowskiej jest do dziś uważana za słuszną i wielce wartościową, niemiej jednak Darwin i jego uczniowie popełniali szereg błędów, do których przede wszystkim zaliczyć trzeba zastosowanie teorii MALTUSA „o przeludnieniu“ do świata organicznego. Teoria ta wyłoniła się z ideologii kapitalistycznej, dla której wygodnie było twierdzić, iż niesprawiedliwości społeczne wypływają nie z wad ustroju, lecz... z przeludnienia.

Teorie te zostały obalone już w XIX wieku przez F. Engelsa, podobnie jak i teoria Darwina „walki o byt w przyrodzie“. Teoria walki o byt została zresztą szybko wykorzystana przez świat kapitalistyczny, któremu było na rękę głosić, że



I. W. Miczurin

walka klas jest przedłużeniem zwierzęcej walki o byt i że jest to zawsze prawo natury, którego nie można zmienić, a więc z którym należy się godzić.

Mimo, iż błędy darwinizmu były chętnie wykorzystywane przez burżuazję, ewolucyjna teoria Darwina, odkrywająca prawo równowagi świata była zbyt postępowa dla ówczesnej epoki, burżuazja hamowała więc dalszy jej rozwój lękając się o swoje wąsko-klasowe interesy i pozwalając się rozwijać jedynie wstecznym stronom tej teorii.

TRZY IDEALISTYCZNE KONCEPCJE

W warunkach zażartych walk klasowych, w odpowiedzi na ewolucyjną teorię Darwina, powstaje teoria MENDLA, którą, jako nie opartą na dostatecznych dowodach, uczony ten następnie odrzuca. Niemniej jednak w 30 lat później zostaje ona wskrzeszona przez reakcyjnych uczonych, którym w ówczesnym etapie odpowiadają jej metafizyczne dogmaty o niezmienności pierwiastków dziedzicznych, mających się znajdować w chromozomach komórek płciowych.

Zjawia się także następna teoria — WEISSMANA, który twierdzi, że w substancji dziedzicznej — plazmie zarodkowej — już od chwili zjawienia się na świat żywego organizmu istnieją wszystkie cechy i właściwości przyszłych pokoleń i żadne oddziaływania z zewnątrz nie mają wpływu na tę substancję. Innymi słowy, teoria ta zaprzecza możliwościom wpływu czynników zewnętrznych na zmienność form zwierzęcych i roślinnych, co się zaś tyczy człowieka — zaprzecza możliwości wpływu środowiska socjalnego na dziedziczność, nie dopuszczając możliwości dziedzicznego przekazywania cech i właściwości nabytych przez organizm w ciągu życia jednostki.

Podobnie brzmiała teoria MORGANA, ktora głosiła nieśmiertelność i zupełną niezależność od żywego ciała i jego otoczenia tzw. genów — najdrobniejszych cząsteczek substancji dziedzicznej.

CECHY DZIEDZICZNE SĄ ZMIENNE

Te wszystkie trzy idealistyczne, mistyczne koncepcje nie mogły ostać się długo. Przeciw tym teoriom, w obronie dziedzicznego przekazywania właściwości i cech nabytych, występowali m. in. fizjolodzy rosyjscy: I. P. PAWŁOW i G. M. SIECZENOW, który twierdził, że żaden organizm nie może istnieć bez otoczenia, które musi wchodzić jako składowa jego naukowego określenia.

Następnie ukazały się lekarskie prace o dziedziczności biologa-klincysty OSTROUMOWA, który występował w obronie teorii dziedziczenia cech i właściwości nabytych.

Jednak istotne rozgromienie idealistycznych teorii w biologii oraz stworzenie materialistycznej nauki o dziedziczności — biologia zawdzięcza I. W. MICZURINOWI i T. D. ŁYSENCE, którzy oparli swą naukę i swe doświadczenia na podstawie dialektyki materialistycznej.

Miczurin nie obala teorii dziedziczności, jak to niektórzy mylnie sądzą, obala jednak naukę Mendla—Weissmana—Morgana o niezmienności cech dziedzicznych,



Prof. Mogilnicki (trzeci na lewo) wśród pracowników katedry anatomii patologicznej.

tłumacząc jednocześnie dlaczego nie wszystkie zmiany nabyte podczas życia są dziedziczone. Tak np. Miczurin stwierdza, że jeżeli zmiany zachodzą tylko w pączku rośliny lub w jej gałązce, to nie mają one wpływu na cały organizm rośliny, jednakże mogą być utrwalone dziedzicznie, wtedy gdy z takiej gałązki o zmienionych pączkach wyrośnie nowa roślina.

ROLA CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH

Uczeń Miczurina, Łysenko, umiał praktycznie dowieść słuszności teoretycznych prac swego wielkiego nauczyciela, umiał pogłębić jego naukę stwarzając **teorię rozwoju etapowego,** gdzie decydującą rolę odgrywają czynniki zewnętrzne. Łysenko pracował specjalnie nad roślinami, dobierając różne warunki zewnętrzne i rozmaite metody. Do równie wspaniałych wyników, jak Łysenko w hodowli roślin, doszli uczeni radzieccy w dziedzinie hodowli bydła, uzyskując przebudowę jego organizmu.

Należy zaznaczyć, że praw stosujących się do roślin i bydła nie można mechanicznie przenosić na człowieka, bowiem poza czynnikami biologicznymi szczególnie ważną rolę odgrywają w tym wypadku warunki społeczne.

WŁAŚCIWOŚCI DZIEDZICZNE TKWIĄ W CAŁYM ORGANIŹMIE

Według teorii materialistycznej właściwości i cechy dziedziczne znajdują się we wszystkich narządach i komórkach, ponieważ w ustroju nie istnieje jakiś specjalny organ dziedziczności, natomiast zalążki nowych organizmów wytwarzane są przez cały ustrój. Dziedziczne właściwości organizmu żyjącego podlegają, dzięki oddziaływaniu świata zewnętrznego, ciągłym zmianom, jednak utrwalają się i są przekazywane potomstwu tylko wtedy, gdy sięgają do procesu asymilacji, do przemiany materii organizmu.

Dziedziczność jest konserwatywna i trudno ulega oddziaływaniu otoczenia, zaś okresem najbardziej podatnym na zmiany jest młodość.

UJEMNE CECHY DZIEDZICZNOŚCI

Należy pamiętać, że właściwości nowonabyte przez organizm nie zawsze ułatwiają mu istnienie w danym środowisku, a nawet, co więcej, potomstwo może odziedziczyć skłonności do chorób.

Przed naukami biologicznymi stoi obecnie niezmiernie ważne i ciekawe zadanie — badanie natury ciał żywych w danym środowisku tj. badanie ich dziedziczności i tworzenie takich warunków, w których nikną właściwości szkodliwe, zaś dodatnie — utrwalają się i przekazują dziedzicznie następnym pokoleniom.

Jak już zaznaczyliśmy, nie wolno zasad biologii Miczurina przenosić mechanicznie na człowieka, bowiem człowiek różni się od zwierząt jako istota wyższa, szeregiem odmiennych właściwości. Człowiek jest nie tylko bardziej zdolny dostosować się do otoczenia, ale potrafi także na to otoczenie oddziaływać. Człowiek, jednak mimo iż jest istotą społeczną, zawiera w sobie przecież elementy biologiczne, to też w pewnych granicach podlega także prawom Miczurina.

Do człowieka dadzą się zastosować w całej pełni podstawowe zasady materialistycznej nauki o zmienności i dziedziczności pod wpływem otoczenia (w tym wypadku środowiska społecznego). Lekarze radzieccy np. są wychowywani w kierunku wszechstronnego badania warunków bytu i środowiska swoich pacjentów.

DROGI LIKWIDACJI SZKODLIWEJ DZIEDZICZNOŚCI

Nadciśnienie

W związku z powyższym np. dziedziczną chorobę — nadciśnienie — przechodzącą przez pokolenia obserwuje się dziś na klinikach w ZSRR także u osób „dziedzicznie nie obciążonych", zapadających na nią pod wpływem silnych wstrząsów. Po okresie leningradzkiej blokady nadciśnienie spotykano bardzo często u ludzi, którzy przed tym tragicznym oblężeniem mieli zupełnie normalne ciśnienie i którzy nie dziedziczyli tej choroby.

Grupy krwi

Wbrew twierdzeniom zwolenników genetyki formalnej (weissmanizmu-marganizmu), którzy zaprzeczają wpływowi środowiska na dziedziczenie i powołują się na choroby krwi, jak i systemu ją wytwarzającego (grupy krwi, anemia złośliwa, hemofilia itp.), uczeni radzieccy już dzisiaj poznali bardzo wiele czynników, które mogą zmieniać grupy krwi (infekcje, nowotwory, malaria itp.).

Przeciwko zaliczaniu niedokrwistości (anemii złośliwej) do chorób dziedziczno - konstytucjonalnych, świadczy fakt, iż podawanie z zewnątrz brakującego czynnika (wątroba) — a więc przez działanie otoczenia — powoduje ustępowanie tej choroby.

Hemofilia.

Obecnie uczeni radzieccy przeprowadzają badania nad chorobą, zresztą bez wątpienia, dziedziczną, hemofilią, występującą u mężczyzn. Genetycy formalni stwierdzili istnienie „fatalnego genu“, właściwego płci męskiej. Dzisiejsze badania obalają już w części to twierdzenie. Według prof. Zielenina, to, że kobiety nie chorują na tę chorobę, nie należy tłumaczyć nieobecnością „fatalnych genów“, lecz właściwościami czynników hormonalno - dokrewnych.

Tak więc, podczas gdy genetycy formalni zamykali się w ciasnym pojęciu „fatalizmu dziedzicznego“, obecni biologowie - klinicyści wyszli poza ten wąski krąg, poszukując sposobów leczenia hemofilii po przez badanie właściwości hormonalno - dokrewnych.

Choroba wrzodowa.

Badania nad chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy dowiodły wbrew twierdzeniu genetyków formalnych, że zjawienie się tej choroby nie wynika wyłącznie z czynników dziedzicznych, lecz że na chorobę tę, związaną ściśle z systemem nerwowym wegetatywnym, można oddziaływać po przez oddziaływanie na sen.

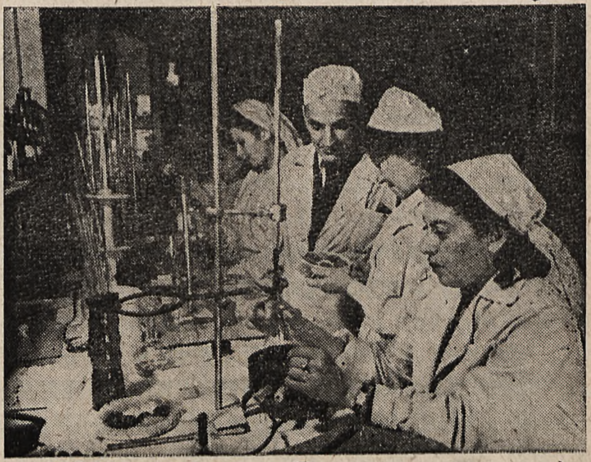
Nie przecząc dziedzicznej skłonności do zapadania na chorobę wrzodową, nie można tej choroby odgraniczać od wpływów zewnętrznych, powstaje ona bowiem, jak wszystkie inne choroby dziedziczne, przy współdziałaniu dwóch czynników — skłonności dziedzicznej i nabytej. Wyeliminowanie jednego z tych czynników: czynnika zewnętrznego może wykluczyć ewentualność pojawienia się tej choroby.

Przykłady powyższe potwierdzają ogromne znaczenie współczesnych badań klinicznych zarówno nad drogami likwidacji szkodliwej dziedziczności — skłonności do chorób — jak też nad utrwalaniem w organizmach cech i właściwości dodatnich oraz dziedzicznego przekazywania ich potomstwu.

BUDOWA ORGANIZMU ULEGA PRZEMIANOM.

Z zagadnieniem dziedziczności wiąże się ściśle budowa organizmu. Przedstawiciele genetyki formalnej określają budowę organizmów na podstawie ich cech zewnętrznych bez uwzględnienia otoczenia. Biologowie radzieccy opracowali **pojęcie budowy organizmu jako całokształt cech wrodzonych i nabytych w procesie życia,** przejawiających się w stosunku tego organizmu do otaczającego środowiska, w umiejętności dostosowania i asymilowania.

Tak więc pojęcie „budowa organizmu“ jest szersze od pojęcia „dziedziczność“ o „cechy nabyte“. A nowonabyte cechy przy sprzyjających warunkach mogą być przekazywane potomstwu i w ten sposób stają się znowu dziedziczne. A więc **budowa organizmu nie jest pojęciem stałym dla danego gatunku, lecz ulega ciągłym przemianom zależnie od wpływów zewnętrznych.**



Kobiety radzieckie wiedzą swą i wytężoną pracą poważnie przyczyniają się do rozwoju nauki.

FORMALNA GENETYKA PROWADZI DO TEORII RASOWOŚCI I SELEKCJI.

Stare twierdzenie np. o skłonnościach budowy astenicznej ciała do gruźlicy zostało odrzucone przez ftizjologów radzieckich, którzy dowiedli, że budowa jest wynikiem, a nie przyczyną gruźlicy płuc. Formalna genetyka zaprzeczająca możliwości dziedziczenia cech i właściwości nabytych, broniąca stałości budowy organizmu, skazywała medycynę na pesymistyczne ustosunkowanie się do „nieodwracalnych“ zjawisk dziedziczenia. Zaprzeczając możności dziedziczenia cech nabytych była twórczynią teorii rasowości i sztucznej selekcji, jako jedynego sposobu wydawania zdrowych pokoleń. Przedstawiciel teorii selekcji Siemens, zaleca nawet jako „środki selekcyjne“ zabójstwo, kastrację lub odosobnienie (więzienie).

BIOLOGIA MICZURINOWSKA POZWALA WALCZYĆ O KAŻDEGO CZŁOWIEKA

Materialistyczny pogląd Miczurina przeciwstawia się pesymistycznej genetyce formalnej, otwierając przed medycyną rozległe perspektywy leczenia i profilaktyki. Walka z chorobami dziedzicznymi dąży obecnie drogą zmiany otaczającego środowiska. Walka ta może przynieść

w przyszłości wyzwolenie od chorób dziedzicznych nie tylko w płaszczyźnie jednego pokolenia, ale także może ukształtować dziedziczenie dla pokoleń przyszłych.

Nie należy jednak przypuszczać, że walka ta jest łatwa i prosta teraz, gdy medycyna ma już przed sobą główne podstawowe wytyczne. Dziedziczność jest bowiem konsekwentna, nie łatwo ustępująca i dla zmiany jej należy pokonać wielkie trudności, bowiem cechy dziedziczne są niejednokrotnie wynikiem ewolucji przodków na przestrzeni dziesiątków stuleci, a więc bardzo mocno utrwalone. Jednak są takie cechy dziedziczne, słabiej utrwalone, takie, które powstały pod wpływem otoczenia w okresie późniejszym.

INDYWIDUALIZOWANIE CZŁOWIEKA W JEGO OTOCZENIU

Obecnie w ZSRR ogromną rolę w lecznictwie i profilaktyce odgrywa szczegółowe i wszechstronne badanie chorego, dokładna historia jego choroby wraz ze ścisłymi danymi o chorobach bliższych, a nawet dalszych krewnych. Jest to tzw. metoda zacharjinsko - ostroumowska, która w Związku Radzieckim jest doprowadzona do doskonałości i wymaga przede wszystkim i n d y w i d u a l i z o w a n i a c z ł o w i e k a w j e g o o t o c z e n i u.

Prace Miczurina i Łysenki dowiodły, że człowiek może świadomie kierować zmianami w świecie roślinnym i zwierzęcym, że może ten świat



zakwitły sady.

W surowym klimacie kraju Ałtajskiego

Gospodarka wiejska ZSRR uległa przeobrażeniu dzięki nauce Miczurina i Łysenki.

przystosować do nowych potrzeb. Nowe, wspaniałe okazy owoców i płodów ziemnych, doskonałe wyniki, jakie uzyskali uczeni radzieccy w hodowli bydła — dowodzą, że wpływ człowieka na przyrodę może kształtować się według jego woli i zgodnie z jego wciąż pogłębiającymi się i rozszerzającymi wiadomościami.

Jednocześnie nauka Miczurina otwiera przed człowiekiem nowe, wspaniałe możliwości — otwiera szerokie perspektywy przed medycyną, uzbraja ją do walki z chorobami dziedzicznymi, do walki, która choć nie łatwa może przynieść ludzkości nieograniczone wprost korzyści.

Na podstawie materiałów radzieckich opracowała

H. S.

Orzecznictwo chorobowe

WIELU ludziom wydaje się, że dzięki zaostrzonej dyscyplinie pracy na skutek wzrostu entuzjazmu masowego w budowie ustroju, nie istnieje problem nieuzasadnionej absencji chorobowej w Kraju. Zdawało by się, że ustawa o socjalistycznej dyscyplinie sprawę absencji chorobowej postawiła na właściwej płaszczyźnie, i że w obecnej chwili wszystko jest tylko kwestią właściwego wykonania.

Sprawa jest jednak znacznie trudniejsza niż to się wydaje na pierwszy rzut oka i dlatego postaramy się wyjaśnić przyczyny i skutki tego zjawiska.

Przed wojną nieuzasadniona absencja chorobowa nie była przedmiotem specjalnego zainteresowania ani sfer lekarskich ani kapitalistycznych. Najważniejszym regulatorem dyscypliny pracy w ustroju kapitalistycznym jest bowiem zawsze groźba bezrobocia. Chorzy robotnicy przychodzili więc do pracy mimo, że to zagrażało ich zdrowiu, a w obawie przed redukcją ukrywali często chorobę — pogarszając tym swój pierwotny stan zdrowia.

Zasiłki wypłacane przez Kasy Chorych i późniejsze Ubezp. Społeczne były bardzo ograniczone, nie obejmowały wszystkich robotników i wynosiły najwyżej 50% zarobku, bez dodatku rodzinnego i tylko na przeciąg 26 tygodni.

Nie posiadamy dotychczas statystyki absencji chorobowej w pracy ani przed wojną ani obecnie. Dysponujemy jedynie finansowym

sprawozdaniem wypłacanych zasiłków chorobowych w latach przedwojennych, liczby te są jednak bardzo charakterystyczne. Ilość dni zasiłków chorobowych wypłacanych w ciągu miesiąca na stu ubezpieczonych (wskaźnik zasiłków chorobowych) wynosiła w 1938 r. 24.5 natomiast w marcu 1950 r. wynosiła 55.0.

Samopoczucie robotników po wyzwoleniu wzrosło — nie ma obawy bezrobocia — przeciwnie — robotnik wie, że w każdej chwili może otrzymać pracę.

Zasiłki za okres choroby znacznie wzrosły — wynosząc obecnie 75% płacy+5% dodatek rodzinny, co razem wynosi tyle ile wynosi faktyczna zasadnicza płaca podczas pracy.

Należy uwzględnić poza tym jeszcze inne istotne dla tej sprawy momenty. Robotnik miał przed wojną prawo leczyć się tylko 26 tygodni, a członek rodziny jedynie w ciągu 13 tygodni po rozwiązaniu stosunku pracy. Dziś natomiast pracownicy i ich członkowie rodzin mają prawo do pomocy leczniczej i leczenia przez cały czas trwania choroby bez ograniczenia. Renciści mają prawo do pomocy leczniczej bez ograniczenia czasu, zaś członkowie ich rodzin, niepracujący, w ciągu 13 tygodni w każdym roku kalendarzowym. Nie istnieje więc obawa, że po utracie pracy grozi i utrata prawa do leczenia.

Wszystko to sprawiło, że znalazła się część pracowników, która wykorzystuje dobrodziejstwa ubezpieczeń chorobowych i nie obawiając się skutków zwolnienia z pracy — symuluje objawy chorobowe. Zjawisko nieuzasadnionej absencji chorobowej należy rozpatrywać jeszcze z jednego punktu widzenia — z punktu widzenia solidarności robotniczej.

Uchwalony plan 6 letni ma zbyt wielkie znaczenie dla rozwoju dobrobytu Polski, żeby z powodu garstki „łazików", Państwo mogło pozwolić na niezrealizowanie planu. Poza tym za nieobecnego „łazika" musi pracować jego kolega, sumienny robotnik. Oznacza to przerzucenie ciężaru odpowiedzialności na skądinąd obciążonych już pracowników.

Zwiększenie procentu „łazików" daje w wyniku zmniejszenie wydajności całej załogi i można powiedzieć z całą pewnością, że każdy procent zwiększonej absencji chorobowej oznacza zmniejszenie wydobycia węgla o kilkaset tysięcy ton, oznacza to mniej o kilkaset tysięcy metrów materiałów tekstylnych rocznie.

Dlatego *zwalczanie nieuzasadnionej absencji chorobowej jest jednym z naczelnych zadań lecznictwa otwartego w kraju.*

Zagadnienie to stawiane jest przez właściwe czynniki pod kątem:

zwiększenia opieki lekarskiej nad robotnikiem,

zmniejszenia zachorowalności,

stworzenia placówki służby zdrowia w zakładzie pracy i zbliżenia jej do robotnika.

Nie należy i *nie wolno zostawiać chorego robotników przy pracy,* ba! więcej, intencją organizatorów służby zdrowa jest wychwytanie zagrożonego chorobą robotnika i stworzenie mu odpowiednich warunków leczenia jeszcze nie przejawiającej się wyraźnie choroby. Równocześnie jednak tworzy się system orzecznictwa chorobowego, pozwalający *wyeliminować aspołeczne jednostki,* które nie tylko przerzucają ciężar odbudowy na innych i utrudniają wykonanie planu, ale zwiększają frekwencję w gabinecie lekarza i utrudniają opiekę nad faktycznie chorym.

W związku z powyższym Zakład Lecznictwa Pracowniczego wydał *przepisy regulujące zwolnienia* na czas choroby, które pokrótce tu streszczę:

lekarz ma prawo zwalniać chorego co 3 dni, ale łącznie tylko na 9 dni, powyżej 9 dnia każde zwolnienie wymaga zatwierdzenia Komisji lekarsko-orzeczniczej;

zwolnienia wystawiane są na specjalnych drukach ścisłego zarachowania tzw. blankietach L. 4;

przepisy przewidują zwolnienia nie tylko na okres choroby pracującego, ale także na okres choroby członka rodziny, który wymaga opieki pracującego;

zwolnienia wydawane są również i na okres koniecznej izolacji na skutek choroby zakaźnej w otoczeniu pracującego.

Jedną z poważnych przyczyn absencji chorobowej jest niewątpliwie brak lekarzy w Polsce. Powinniśmy mieć dzisiaj co najmniej 20.000 lekarzy, a posiadamy ich nie więcej niż 8.500. Jasne jest więc, że lekarz przyjmujący niejednokrotnie około 100 chorych dziennie nie jest w stanie dokładnie badać i leczyć. Z drugiej jednak strony lekarze często lekceważąco

odnoszą się do tego zagadnienia i ulegają naciskowi aspołecznych jednostek. Znajdują się wśród lekarzy jednostki takie, które w ten sposób walczą z ustrojem, starając się ekonomicznie podważyć tendencje rozwojowe państwa.

Wytworzenie odpowiedniej atmosfery politycznej wśród lekarzy i pielęgniarek, które odgrywają niemałą rolę (przygotowując chorego do badania, opiekując się nim poza badaniem lekarskim, zbierając wywiad itd.) niewątpliwie poprawi sytuację na tym odcinku.

Ministerstwo Zdrowia, zamierzając polepszyć opiekę lekarską w zakładzie pracy przesuwa lekarzy do przemysłu, pozwoli to na lepszą opiekę i lepszą obserwację podczas pracy, na stworzenie odpowiednich warunków higienicznych pracy, szczególnie w zawodach szkodliwych dla zdrowia. Przewidziana organizacja służby zdrowia w zakładzie pracy, o której pisaliśmy w „Pielęgniarce" — stanowi w Polsce zupełnie nowy system i pozwoli między innymi na zmniejszenie nieuzasadnionej absencji chorobowej.

Ważnym czynnikiem, który dotychczas nie odegrał swej właściwej roli w walce z absencją chorobową — są Związki Zawodowe, które odpowiednią propagandą mogą przyczynić się do zmniejszenia liczby niepotrzebnie, bez istotnego uzasadnienia zgłaszających się do lekarza.

Ostatnie plenum C. R. Z. Z. uchwaliło powołać 150.000 delegatów ubezpieczeniowych na zakładach pracy. Do zadań delegatów będzie należało: opieka nad chorym, samotnym pracownikiem; opieka nad dzieckiem pracownicy; załatwianie zapomóg. Z drugiej jednak strony zadaniem delegata będzie piętnowanie „łazików" w fabryce, współpraca z lekarzem w wykrywaniu symulantów, kontrola wypłaconych zasiłków chorobowych na zakładzie pracy, kontrola wydawanych zaświadczeń o zwolnieniu chorobowym itd.

W chwili obecnej duża część delegatów jest już szkolona do tych zadań i ich wysiłki przyczynią się niewątpliwie do zaprowadzenia uczciwej, socjalistycznej dyscypliny pracy.

J. W.

ALEKSANDER GRAAS

Sprawa honoru

MASY pracujące Polski Ludowej pod przewodnictwem Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej z każdym dniem wzmagają wydajność pracy we wszystkich gałęziach naszej gospodarki narodowej. Wzmożona wydajność pracy jest podstawowym warunkiem budowy podstaw socjalizmu w Polsce Ludowej, który jest ustrojem sprawiedliwości społecznej, albowiem znosi on raz i na zawsze wyzysk człowieka przez człowieka oraz zapewnia sprawiedliwy rozdział dóbr narodowych według zasady: „Od każdego według jego zdolności, każdemu według jego pracy".

Wzrost dobrobytu mas pracujących w ustroju socjalistycznym jest uzależniony od wzrostu produkcji naszych zakładów przemysłowych, od podniesienia zbiorów naszego rolnictwa uspołecznionego, od wzbogacenia się naszej kultury narodowej. Długotrwałość zaś naszego dobrobytu uzależniona jest od długotrwałości pokoju na świecie. Dlatego też naród Polski znajduje się w pierwszych szeregach walczących o pokój. Najskuteczniejszym wkładem mas pracujących Polski Ludowej w dzieło obrony pokoju jest wzmożona wydajność pracy, której nieodzownym warunkiem jest między innymi podniesienie *zdrowotności mas pracujących.* Dlatego też nasz Rząd kładzie szczególny nacisk na ulepszenie warunków bytu i pracy, na zapewnienie opieki lekarskiej masom budowniczych Polski Ludowej.

O ZDROWIE LUDZI PRACY

Rozwija się szeroka sieć placówek służby zdrowia, szkolą się tysiączne kadry fachowego personelu służby zdrowia.

Ale sprawa zdrowotności mas pracujących jest nie tylko sprawą Rządu. Wielki nauczyciel i bojownik o wyzwolenie mas pracujących, Lenin, powiedział, że *zdrowie mas pracujących jest dziełem i sprawą samych mas pracujących*. Każdy człowiek pracy winien pamiętać, że zdrowie jego zależne jest od niego samego. Powodem bowiem wielu chorób i komplikacji chorobowych, a często i śmierci jest nieprzestrzeganie zasad sanitarno-higienicznych w życiu codziennym lub brak natychmiastowej pierwszej pomocy w nagłych wypadkach i zachorowaniach.

Zagadnienie więc oświaty sanitarnej i szkolenia sanitarnego jest jednym z podstawowych warunków podniesienia zdrowotności w Kraju. Organizacją, która mobilizuje społeczeństwo do walki o zdrowie mas pracujących, jest Polski Czerwony Krzyż.

TRZY STOPNIE SZKOLENIA

Polski Czerwony Krzyż organizuje i prowadzi trzystopniowe kursy masowego szkolenia sanitarnego.

Szkolenie na kursach I STOPNIA (program 20 godzin) ma na celu zapoznanie słuchaczy z podstawowymi zagadnieniami zdrowia i zasadami higienicznego trybu życia oraz nauczenie elementarnych zasad postępowania w nagłych wypadkach lub zachorowaniach. Szkolenie na kursach I stopnia obejmuje *młodzież szkół podstawowych.*

Szkoląc rok rocznie młodzież szkół podstawowych, Polski Czerwony Krzyż z biegiem lat zapozna całą ludność kraju z podstawowymi zasadami higieny i udzielania pierwszej pomocy.

Szkolenie na kursach II STOPNIA (program 40 godzin) ma na celu przygotowanie słuchaczy do funkcji ratownictwa sanitarnego. Szkolenie obejmuje *młodzież szkół licealnych* oraz te kategorie *ludności dorosłej*, która z racji swego stanowiska lub pełnienia obowiązków służbowych znajdzie się w pobliżu miejsc, gdzie najczęściej zdarzają się wypadki skaleczeń lub nagłych zachorowań. Wyszkoleni na kursach II stopnia otrzymują nazwę r a t o w n i k ó w z d r o w i a. *Ratownicy zdrowia* (7—9 osób) tworzą zespoły społeczne pod nazwą POSTERUNKI SANITARNE P. C. K. Zadaniem Posterunków Sanitarnych P. C. K. jest stała troska o podniesienie poziomu sanitarno-higienicznego na terenie swojej działalności, udzielanie pierwszej pomocy w nagłych wypadkach i zachorowaniach oraz roztoczenie opieki nad chorymi podczas leczenia ich w domu. Posterunki sanitarne P. C. K. powstają w zakładach przemysłowych, spółdzielniach produkcyjnych, państwowych gospodarstwach rolnych, osiedlach i blokach mieszkalnych, szkołach itp.

Szkolenie na kursach III STOPNIA (program 70 godz.) ma na celu przygotowanie *aktywu P. C. K.* do szerzenia oświaty sanitarnej i propagandy zdrowia wśród społeczeństwa. Szkolenie obejmuje najlepszych aktywistów Kół P. C. K., którzy z racji swego stanowiska lub pełnienia obowiązków służbowych mają możliwość zmobilizowania środków i ludzi spośród najbliższego otoczenia do walki o podniesienie stanu zdrowotności mas pracujących. Na kursach III stopnia szkoli się przede wszystkim nauczycieli szkół podstawowych, którzy prowadzą wykłady na kursach I stopnia. Absolwenci kursu III stopnia otrzymują nazwę przewodniczek i przewodników zdrowia. Przewodnicy zdrowia pełnią funkcje komendantów Posterunków Sanitarnych P.C.K.



Kurs przodownic zdrowia w Jeleniej Górze

OCHRONA WSI

Przewodnicy zdrowia mają do spełnienia szczególnie ważną rolę w rolniczych spółdzielniach produkcyjnych i państwowych gospodarstwach rolnych. Zorganizowanie posterunków sanitarnych P. C. K. w ten sposób, by za-

pewnić pierwszą pomoc w nagłych wypadkach lub zachorowaniach osobom pracującym w polu, nieraz dość daleko od wsi — jest bardzo ważnym zadaniem przewodników zdrowia na wsi.

W okresie nasilenia robót polnych wiejska przewodnica zdrowia winna zorganizować, przy współudziale aktywu wiejskiego, żłobek dla dzieci. Na wsi również bardzo ważnym zagadnieniem jest zapewnienie opieki nad chorymi podczas leczenia ich w domu.

Prowadząc masowe szkolenie sanitarne, Polski Czerwony Krzyż przygotowuje tysięczne zastępy świadomych bojowników o zdrowie mas pracujących w Polsce Ludowej.



Drużyny ratownicze PCK w Białymstoku.
(Foto. J. Kalinowski, Białystok, Sto-Jańska 1)

ZASTĘPY WYKŁADOWCÓW

W akcji szkoleniowej aktywny udział biorą najbardziej społecznie wyrobieni lekarze i pielęgniarki.

Tak np. zespół lekarzy i pielęgniarek szpitala Nr. 2 w Warszawie, gdzie przewodniczącą Koła P. C. K. jest pielęgniarka ob. Kucharczyk, dla uczczenia 33-ej rocznicy Rewolucji Październikowej podjął zobowiązanie przeprowadzenia kursów sanitarnych II stopnia dla młodzieży na terenie szkoły licealnej przy ul. Różanej.

Takich zobowiązań podejmuje coraz więcej lekarzy i pielęgniarek na terenie całego kraju. Świadczy to o ich wysokim stopniu uświadomienia społecznego. Mimo przeciążenia pracą zawodową poświęcają oni swój czas i wysiłek na sanitarne szkolenie społeczeństwa.

Służba zdrowia w ustroju socjalistycznym dąży przede wszystkim do rozwinięcia szerokiej akcji z a p o b i e g a w c z e j, mającej na celu zmniejszenie do minimum liczby zachorowań, powstałych wskutek nie przestrzegania zasad sanitarno-higienicznych w życiu codziennym.

DONIOSŁA ROLA MŁODSZYCH PIELĘGNIAREK

Szczególnie doniosłą rolę w akcji szkolenia sanitarnego szerokich mas społeczeństwa mają do spełnienia absolwentki Ośrodków Szkolenia Młodszych Pielęgniarek — wychowanki Polskiego Czerwonego Krzyża, jego społeczny aktyw.

Młodsze Pielęgniarki P. C. K. — to przeważnie córki robotników i chłopów, które niejednokrotnie na przykładzie własnego życia doświadczyły, jak ciężkie następstwa powoduje brak należytej opieki sanitarnej na wsi lub w zakładach pracy. Dlatego też młodsze pielęgniarki, po ukończeniu kursu w Ośrodku Szkolenia P. C. K. nie poprzestają jedynie na swojej pracy zawodowej w zakładach leczniczych, lecz biorą aktywny udział w pracy społecznej, szczególnie na odcinku szkolenia sanitarnego, organizowanego przez P. C. K.

Wobec braku dostatecznej ilości fachowych sił służby zdrowia, rola pielęgnlarki, jako wykładowcy na kursach sanitarnych P. C. K. jest szczególnie ważna.

Przeprowadzenie kursu sanitarnego w najbliższym Kole P. C. K. powinno stać się s p r a w ą h o n o r u każdej pielęgniarki.

Aleksander Graas

NASZA ROLA

PODSTAWOWĄ cechą ustroju socjalistycznego jest troska o człowieka. To też przejawy troski naszego, dążącego do socjalizmu, Państwa Ludowego widzimy we wszystkich poczynaniach Rządu i Partii.

Przebudowie przemysłu i gospodarki rolnej towarzyszy stały wzrost stopy życiowej mas pracujących, rozwija się oświata i kultura, rozszerza się ciągle sieć zakładów opieki zdrowotnej nad ludźmi pracy.

Na tym ostatnim odcinku nie tylko rozbudowa ilościowa zakładów leczniczych wszelkiego typu jest sukcesem naszej służby zdrowia Wielkim zwycięstwem ustroju Demokracji Ludowej w dziedzinie ochrony zdrowia mas pracujących jest uspołecznienie służby zdrowia, reorganizacja lecznictwa, mająca na celu zapewnienie wszechstronnej opieki zdrowotnej masom ubezpieczonych w miastach i na wsi oraz nastawienie pracy naszej służby zdrowia na **profilaktykę.** Zapobieganie chorobom staje się podstawową wytyczną pracy naszych naukowców i lekarzy praktyków.

Jednym z najważniejszych odcinków walki z chorobami społecznymi poprzez profilaktykę jest walka z gruźlicą.

Poza prawie trzykrotnym wzrostem liczby zakładów leczenia chorych na gruźlicę, na odcinku zwalczania tej groźnej klęski społecznej możemy poszczycić się takimi osiągnięciami jak:

masowe szczepienie doustne noworodków
śródskórne szczepienie dzieci i młodzieży
masowe badania radiologiczne.

Wszystkie te akcje przed wojną bądź należały do rzadkości, bądź też nie były w ogóle prowadzone, obecnie w Polsce Ludowej objęte są nimi miliony dzieci, młodzieży i dorosłych.

Dzięki tym wysiłkom osiągnęliśmy znaczny spadek liczby zgonów z powodu gruźlicy, a liczba zachorowań na gruźlicę jest u nas obecnie niższa niż w wielu krajach europejskich.

Dalsza, ciągle przybierająca na sile, walka z gruźlicą jest jednym z najpoważniejszych zadań polskiej służby zdrowia.

W walce tej, obok lekarzy i uczonych, pielęgniarek i niższego personelu służby zdrowia winno wziąć udział c a ł e s p o ł e c z e ń s t w o. Każdy obywatel może zetknąć się ze źródłem zakażenia, i każdy znając wytyczne walki z gruźlicą może przyczynić się do zmniejszenia liczby zachorowań.

Uświadomienie szerokich mas o niebezpieczeństwie szerzenia się gruźlicy i sposobach jej zapobiegania, wychowanie społecznego aktywu, który obok pracowników służby zdrowia, weźmie czynny udział w walce z gruźlicą — oto zadania, które postawił sobie Polski Czerwony Krzyż głosząc je jako naczelne hasło programu tegorocznych „Dni Przeciwgruźliczych".

Polski Czerwony Krzyż, jako organizator Dni Przeciwgruźliczych, powołał szeroki komitet społeczny, w skład którego wchodzą przedstawiciele różnych instytucji i organizacji społecznych.

W zakładach pracy, wsiach i szkołach, na terenie masowych organizacji społecznych podjęta będzie szeroka akcja uświadamiająca, dotycząca gruźlicy, jej rodzajów, dróg zakażenia, profilaktyki i leczenia. Liczne prelekcje, artykuły i pogadanki radiowe zaznajomią społeczeństwo z metodami wykrywania gruźlicy i jej leczenia.

Poprzez wystawy, gazetki ścienne itp. — Koła PCK dążyć będą do zaznajomienia społeczeństwa z osiągnięciami Polski Ludowej na odcinku walki z gruźlicą, z wynikami tej walki prowadzonej od welu już lat w Związku Radzieckim.

Poza tym Polski Czerwony Krzyż podejmuje po raz pierwszy akcję przeszkalania tzw. s p o ł e c z n e g o a k t y w u d o w a l k i z g r u ź l i c ą.

Specjalne kursy PCK przeszkolą około 2.000 ratowników i przewodników zdrowia, którzy zaznajomieni szczegółowo z tematem i metodami walki z gruźlicą będą stanowić cenną pomoc w pracy służby zdrowia w dziele ochrony mas robotniczych przed zachorowaniem na gruźlicę.

Jak więc widzimy, Dni Przeciwgruźlicze w roku bieżącym mają stanowić punkt zwrotny na odcinku **zapobiegania** gruźlicy. Mają one przynieść powszechne uświadomienie o sposobach samoobrony człowieka przed tą chorobą i poprzez wyszkolony aktyw bardziej jeszcze zespolić pracę służby zdrowia z wysiłkiem całego społeczeństwa.

Zdajemy sobie doskonale sprawę, że każdy wyrwany chorobie człowiek to jednostka budująca lepszą przyszłość dla naszego kraju, to żołnierz w walce o pokój. Dlatego też my, pielęgniarki, nie możemy pozostać bierne w tej akcji, stanowiącej tak ważny odcinek w walce o przyszłość narodu polskiego.

Każda z nas chcąc być pomocną w realizacji programu Dni Przeciwgruźliczych, winna zgłosić się do Polskiego Czerwonego Krzyża, aby przyjąć mały chociaż wycinek pracy. Pogadanki, wykłady na kursach, konsultacja wystaw, pomocna dla Kół PCK w przygotowaniu programu Dni Przeciwgruźliczych we wsiach, zakładach pracy lub szkołach oto nasze zadanie, które nas zbliży do organizacji PCK i jej społecznej pracy.

Realizujmy hasło socjalistycznej służby zdrowia:

„ZDROWIE LUDU — SPRAWĄ I DZIEŁEM LUDU".

W. J.

Mgr MARIA SMOROŃSKA

ELEKTROKARDIOGRAFIA

(Dokończenie)

ZABIEG

Chorego układa się wygodnie na wznak, dość wysoko, aby przepona nie uciskała serca. (Ucisk przepony na serce może powiększyć duszność). Pacjent musi zupełnie mięśnie rozluźnić, jak do snu, nie wolno mu ani się poruszać, ani rozmawiać.

Elektrody nakłada się w miejscach wskazanych przez lekarza. Zdjęcia robi się bowiem — według zlecenia — z odprowadzeń kończynowych i przedsercowych. Dla lepszego przewodnictwa, w miejscach gdzie przykładamy elektrody, naskórek powinien być oczyszczony i zmiękczony (do tego celu używa się specjalnej pasty, względnie wody z solą kuchenną, nacierając skórę aż do zarumienienia).

Elektrody nakłada się na małe płatki zwilżonego płótna i przymocowuje tak, aby dokładnie przylegały — najlepiej gumowym pasem, często przy pomocy woreczka z piaskiem. Przymocowywanie wilgotnym bandażem nie jest racjonalne, ponieważ zwiększa pole elektryczne przy danej elektrodzie.

Na nogach, elektrody nakłada się powyżej kostek, na rękach zaś ponad kiścią (dlatego trzeba przed zabiegiem zdejmować wszelkie bransoletki, natomiast pierścionki, medaliki itp. nie przeszkadzają).

Dla odprowadzeń przedsercowych wybiera się miejsca na klatce piersiowej, ściśle określone przez lekarza, np. przecięcie się linii sutkowo-obojczykowej z piątym międzyżebrzem (miejsce uderzenia koniuszkowego serca).

Zabieg trwa krótko. Razem z przygotowaniem chorego około 12 minut. Wynik, t.j. gotowy elektrokardiogram można obejrzeć zaraz po wywołaniu zdjęcia, jeżeli jest to dla lekarza sprawa bardzo pilna. W praktyce ambulatoryjnej dajemy chorym wyniki zazwyczaj po 3 — 4 dniach, ponieważ zdjęcie wymaga wysuszenia, wyprasowania, naklejenia i opisu lekarskiego.

Trzeba jeszcze zaznaczyć, że jeśli chory zamiast którejś z kończyn ma protezę, to elektrodę nakłada się zaraz powyżej protezy. Elektrokardiogram wykonany w takich warunkach nie może jednak dać dostatecznie jasnego obrazu, ponieważ normalne odprowadzenia kończynowe (połączenia między ręką prawą, ręką lewą i lewą nogą) powinny tworzyć trójkąt równoramienny, t.zw. trójkąt *Eithovena*. W razie nadmiernego przesunięcia jednej z elektrod trójkąt staje się różnoboczny i o tych warunkach trzeba wyraźnie w wywiadzie zaznaczyć. Wywiad musi uwzględniać także przypadki, w których serce jest przesunięte np. na skutek przebytej rezekcji żeber, albo jeśli w pobliżu elektrody tkwią w ciele chorego jakieś odłamki metalowe, względnie jeśli chory jest bardzo otyły. W wywiadzie należy spisać zasadnicze skargi chorego i objawy dolegliwości ze strony serca, przy tym należy zwrócić specjalną uwagę na to, czy chory nie przebył zawału serca, a jeśli tak, to jak dawno temu. Są to dane niezwykle ważne dla lekarza, który następnie opisuje zdjęcie. Wywiad musi zawierać liczbę lat pacjenta, inaczej bowiem wyglądają elektrokardiogramy dzieci, inaczej ludzi młodych i silnych, inaczej znów — starych, ze zmianami miażdżycowymi (sklerotycznymi).

Jeżeli podczas wykonywania zdjęcia ruchy klatki piersiowej są zbyt gwałtowne — „piersi falują", trzeba choremu polecić, by na chwilę wstrzymał oddech. Jeśli zaś przy oddechu klatka piersiowa podnosi się normalnie, chory powinien przez cały czas oddychać swobodnie, co jest tym bardziej pożądane, że w ten sposób można obserwować zmiany akcji serca zależnie od rytmu oddechowego.

URZĄDZENIE GABINETU EKG W SZPITALU I PORADNI

Przy obecnej rozbudowie systemu przyszpitalnych poradni specjalistycznych, niewątpliwie wzrastać będzie liczba gabinetów EKG

w szpitalach i poradniach dla chorób narządu krążenia. Mam nadzieję, że poniższe uwagi przydadzą się pielęgniarkom, które będą organizować nowe placówki tego rodzaju.

Najstarszą poradnią dla chorób narządu krążenia jest stacja *dr Oszackiego* w Krakowie przy Ubezpieczalni Społecznej. Jest to niejako prototyp zakładów tego rodzaju w Polsce. W Warszawie istnieją już obecnie 2 stacje przy Ubezpieczalni Społecznej (przy ul. Jasnej i Solec). Każdy większy szpital posiada własny gabinet EKG.

Poradnia powinna mieścić się na parterze, aby chorzy na serce wchodząc nie męczyli się bez potrzeby; powinna składać się przynajmniej z 4 pomieszczeń, z których jedno stanowić ma wygodną, przestronną i dobrze przewietrzaną poczekalnię z 2 kabinami lub boksami do rozbierania się. Następny pokój to gabinet EKG i jednocześnie pokój przygotowawczy. Tu pracuje pielęgniarka — zbiera wywiady, waży chorego, prześwietla podręcznym aparatem rentgenowskim, ogląda pod kinoskopem obraz akcji serca badanego i wreszcie wykonuje zdjęcie elektrokardiograficzne. Tu także — w razie potrzeby i na zlecenie lekarza — wykonuje się takie zabiegi jak pobranie krwi na O. B. lub wstrzyknięcia środków leczniczych. Pokój ten również służy za pracownię i biuro, gdzie opracowuje się wywiady, zebrane u ciężko chorych na mieście, przygotowuję się elektrokardiogramy i wykonuje konieczną dla poradni pracę administracyjną. (Formalności, związane ze sprawdzaniem uprawnień pacjentów i z kartoteką chorych, może prowadzić urzędniczka w okienku biurowym, dla odciążenia personelu fachowego). Kabina dla elektrokardiografu powinna być w miejscu nie narażonym na wstrząsy i wpływy pobliskich motorów elektrycznych, aby aparat nie rejestrował prądów dodatkowych z zewnątrz. (Bywają kabiny, w których ściany, sufit i podłoga zabezpieczone są materacami obitymi ceratą). Gabinet EKG powinien łączyć się z jednej strony bezpośrednio z ciemnią do wywoływania zdjęć, a z drugiej — z gabinetem lekarskim. Są to właśnie dwa następne pomieszczenia.

Stacja w ten sposób urządzona zabezpieczy należyte wygody pacjentom i personelowi, a lekarzowi pozwoli pracować w najlepszych warunkach.

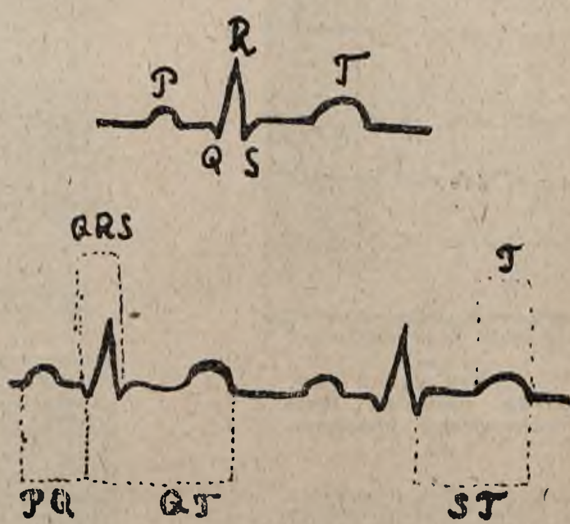
W razie dużej frekwencji chorych, praca w poradni może być rozłożona na dwie zmiany personelu.

KRZYWA ELEKTROKARDIOGRAFICZNA

Odczytywanie krzywych elektrokardiograficznych nie należy do pielęgniarki. Jest to rzecz lekarza. Mając z tym jednak do czynienia, pielęgniarka powinna dążyć do rozumienia zarówno istoty samego zabiegu, jako też zmian, jakie w krzywej EKG zachodzą w przebiegu i pod wpływem leczenia.

Obok krzywej zasadniczej istnieje mnóstwo odchyleń, z których nie wszystkie są jeszcze w jednakowy sposób interpretowane przez lekarzy. Dla orientacji podaję tylko kilka najbardziej charakterystycznych zasadniczych krzywych, aby ułatwić zrozumienie na czym polega ich odczytywanie.

Otóż normalna zasadnicza krzywa dzieli się na szereg elementów, które oznacza się literami P, Q, R, S, T (rys. 1). Odcinek PQ uważa się na część przedsionkową, zaś — QT za część komorową elektrokardiogramu.



Rys. 1

Odcinek *PQ* odpowiada okresowi, w którym bodziec do skurczu przechodzi z przedsionków do komór. Odcinek *QRS* — to okres przewodzenia międzykomorowego. Odcinek *ST* uważany jest za czas równoważenia się sił elektromotorycznych, zaś odcinek *T* — za czas wygasania prądów czynnościowych, po czym następuje pauza poskurczowa, aż do nowego bodźca do skurczu.

Opis elektrokardiogramu składa się zawsze z części, a mianowicie: 1) z opisu rytmu ser-

ca, 2) z opisu przewodnictwa bodźców, 3) z określenia w milivoltach napięcia elektrycznego i kierunku osi elektrycznej serca, oraz 4) z określenia układu sił elektromotorycznych. Po tych czterech częściach następuje w n i o s e k, jaki lekarz z danego elektrokardiogramu wysnuwa.

Ad 1). W opisie rytmu lekarz podaje charakterystykę miarowości akcji serca (miarowa, niemiarowa, ze skurczami dodatkowymi — *extrasystolia)* i oblicza częstość skurczów, następnie zaś umiejscawia bodziec, z którego skurcz się wywodzi np. węzeł zatokowy, albo węzeł przedsionkowo-komorowy *Tavary,* względnie pęczek *Hissa).*

Ad 2). Podaje się pomiar czasów przewodzenia.

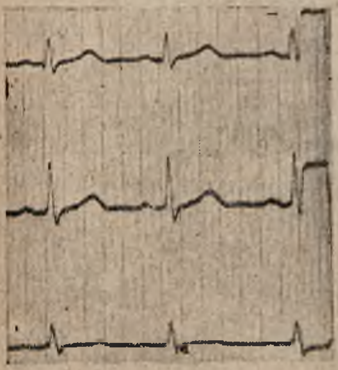
Ad 3). Oblicza się odcinek P, *PQ* i *QRS* w sekundach oraz porównuje się wysokość wychylenia R z wysokością normalną, czyli wzorem lub cechą, która umieszczona jest dla porównania przy końcu każdego zdjęcia.

Na podstawie tych pomiarów lekarz określa napięcie prądów czynnościowych, czyli tzw. voltaż i orientuje się w położeniu osi elektrycznej serca (pozioma, pionowa, normalna — serce leżące, serce wiszące), która na ogół pokrywa się z osią anatomiczną serca, tj. z linią łączącą środek podstawy serca z koniuszkiem.

Ad 4). Układ sił elektromotorycznych serca odczytuje się z odcinka *ST* i *T*.

Odczytywanie czasu w sekundach upraszcza to, że zdjęcie robi się na papierze, na którym jednocześnie z krzywą zaznacza się siatka milimetrowa.

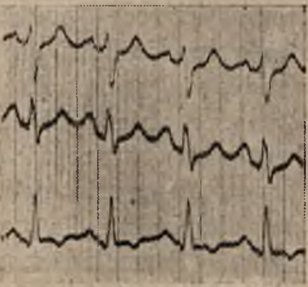
Rysunek *2* przedstawia zwykłą, przeciętną krzywą zdrowego serca, przy tym a) wyobraża zdjęcie z trzech odprowadzeń kończynowych (klasyczne odprowadzenie *Eithovena),* a b) z trzech odprowadzeń przedsercowych u tego samego pacjenta. Spróbujmy dla ćwiczenia odszukać na niej poszczególne odcinki elektrokardiogramu, pamiętając, że przy końcu mamy wzór, czyli cechę dla kontroli.



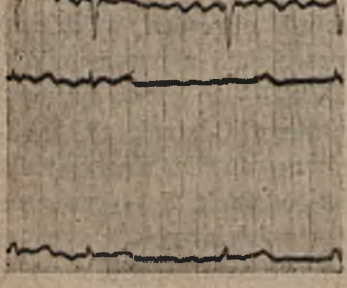
Rys. *2*a
Krzywa normalna Wzór. Odprowadzenia kończynowe



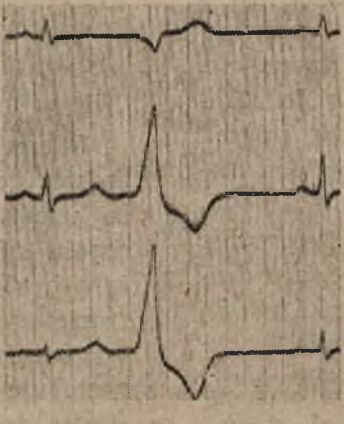
Rys. 2b
Krzywa normalna. Odprowadzenia przedsercowe



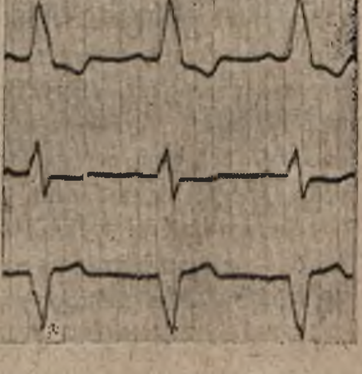
Rys. 3
Tachycardia. Odprowadzenia przedsercowe



Rys. 4
Niemiarowość (migotanie). Odprowadzenia przedsercowe



Rys. 5
Skurcz dodatkowy



Rys. 6
Blok. Odprowadzenia kończynowe

Rysunki *3, 4, 5* ilustrują zmiany, jakie wykazuje elektrokardiogram przy zakłóceniach rytmu serca. Porównywać tu trzeba odległości pomiędzy poszczególnymi punktami R.

Mamy tu obraz przyspieszenia akcji serca *(tachycardia)*, niemiarowości, wywołanej przez migotanie przedsionków przed skurczem komór, czego wyrazem jest wielokrotny odcinek P; dalej widzimy skurcze dodatkowe, czyli tzw. *extrasystolię* (która może być bardzo rozmaita — pojedyncza, grupowa, bliźniacza itd.).

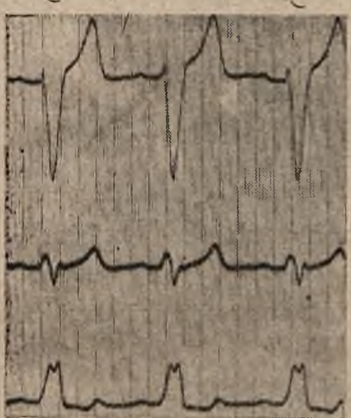
Rysunek *6* i *7* obrazuje zakłócenia w przewodnictwie bodźców, co charakteryzuje się przede wszystkim szerszym odcinkiem pomiędzy Q i S (tzw. blok serca).

Rysunek 8 i 9 przedstawia oś elektryczną poziomą i pionową. Widać różnicę w wysokości R pomiędzy odprowadzeniem pierwszym i trzecim.

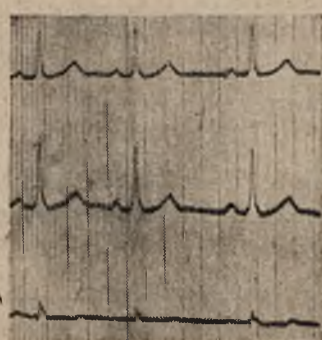
Rysunek *10, 11, 12* daje obraz zasadniczych uszkodzeń sierdzia(mięśnia sercowego). Przy osłabieniu, względnie zapaleniu mięśnia sercowego (obniżone, spłaszczone T), przy niedomodze wieńcowej (obniżenie odcinka *ST* od linii poziomej) i przy zawale serca (obniżenie odcinka *ST*, względnie T zupełnie ujemn).

Są to oczywiście obrazy — można rzec — główne, które mogą mieć cały szereg odmian i skojarzeń. Jeżeli lekarz na podstawie badania osłuchowego i innych objawów ustali diagnozę, a obraz elektrokardiogramu potwierdzi ją jeszcze obiektywnym zdjęciem, rozpoznanie takie staje się stuprocentowo pewne. Dlatego badanie elektrokardiograficzne jest tak ważne dla celów lecznictwa i tak nieodzowne, jak wszystkie analizy kliniczne.

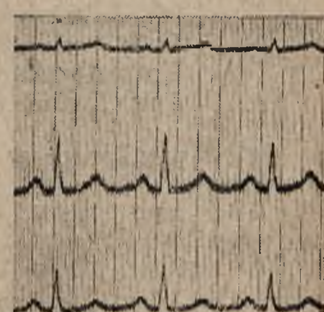
Maria Smorońska



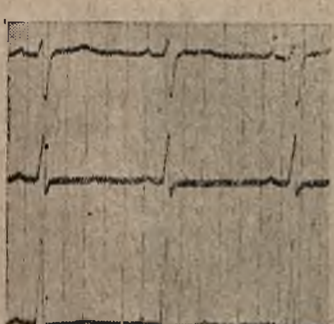
Rys. 7
Odprowadzenia przedsercowe



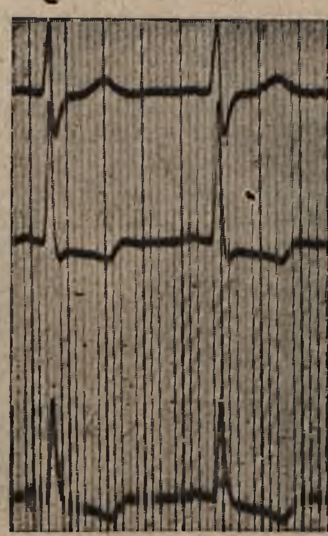
Rys. 8
Oś elektryczna serca pozioma



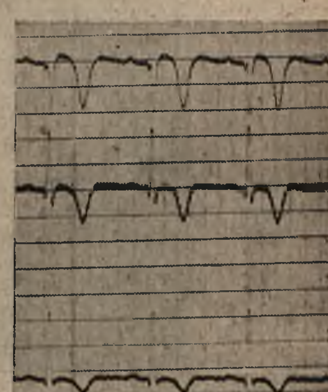
Rys. 9
Oś elektryczna serca pionowa



Rys. 10
Blok. Odprowadzenia kończynowe



Rys. 11
Uszkodzenie wieńcowe. Odprowadzenia przedsercowe



Rys. 12
Zawał mięśnia sercowego. Odprowadzenia przedsercowe

KRONIKA

DEKORACJA LEKARZY WOJSKOWYCH ODZNAKAMI POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA

W Zarządzie Głównym Polskiego Czerwonego Krzyża odbyła się z okazji Dnia Wojska Polskiego uroczysta dekoracja odznakami honorowymi P. C. K. — 17 lekarzy wojskowych, którzy położyli specjalne zasługi w dziedzinie współpracy i pomocy w realizacji zadań Polskiego Czerwonego Krzyża.

Poniżej podajemy listę odznaczonych przedstawicieli służby zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej.

I stopnia:

Płk Zygmunt Bielicki
Płk Adam Gasperowicz
Płk Leon Przysuski
Płk Leo Samet

za współpracę w ustalaniu właściwych zadań Polskiego Czerwonego Krzyża na odcinku służby zdrowia i pomoc w ich realizacji.

II stopnia:

Płk Bolesław Jabłonowski
Ppłk Franciszek Cymbarewicz
Ppłk Abraham Handelzalc
Ppłk Kazimierz Kamieński
Ppłk Artur Pechner
Ppłk Władysław Zalewski
Mjr Borys Wierstakow

za współpracę w realizacji zadań Polskiego Czerwonego Krzyża na odcinku oświatowo-sanitarnym.

III stopnia:

Ppłk Antoni Margiewicz
Ppłk Bronisław Seyda
Ppłk Bolesław Wadlewski
Mjr Henryk Kucharczyk
Mjr Józef Zawadzki
Kpt. Tadeusz Rożniatowski

za współpracę w realizacji zadań Polskiego Czerwonego Krzyża na odcinku oświatowo-sanitarnym.



Sekretarz Generalny Polskiego Czerwonego Krzyża dekoruje płk Leona Przysuskiego.



Dekoracja zasłużonych lekarzy wojskowych.

(Foto AR)



Wolna Trybuna

NASZ WKŁAD

SŁYSZĄC dokoła i czytając o wykonaniu Planu 6-letniego, o wykonaniu przedterminowo, zastanawiamy się jaki ma być nasz najlepszy wkład w wykonanie tgeo Planu, najbardziej twórczego w dążeniu do pełnego wyzwolenia człowieka z ucisku i niewoli wszelkiego rodzaju. Wiemy, że zarówno w Służbie Zdrowia, jak i na wszystkich odcinkach życia gospodarczego głównym motorem realizowania Planu 6-letniego jest masowe współzawodnictwo, które w Służbie Zdrowia powinno zmierzać przede wszystkim do postawienia pod każdym względem na najwyższym poziomie opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i położniczej dla dobra wielomilionowej armii mas pracujących naszych wsi i miast.

Podsumowując nasze dotychczasowe osiągnięcia dochodzimy do przekonania, że w pracy naszej dużo jest jeszcze niedociągnięć. Aby nie pozostawać w tyle za innymi musimy te niedociągnięcia zwalczać. W jaki sposób?

Odpowiedź jest krótka i jasna: szkolić się, pogłębiać kwalifikacje zawodowe i dążyć do głębokiego zrozumienia, że wykonując szybko i sumiennie powierzone nam czynności zawodowe przyczynimy się do przedterminowego zbudowania podstaw socjalizmu w Polsce Ludowej, do zapewnienia spokojnego i szczęśliwego jutra naszym najbliższym, naszym dzieciom.

Ażeby należycie wykonać Plan 6-letni konieczne jest, abyśmy wszystkie włączyły się do akcji współzawodnictwa pracy. Dalszym etapem współzawodnictwa muszą stać się konkretne zobowiązania całych zespołów osobowych w instytucjach Służby Zdrowia, jak również zobowiązania indywidualne oraz racjonalizatorstwo.

Na tym odcinku mamy już pewien dorobek, który może nam służyć za przykład:

Wszystkie pielęgniarki PCK ze Stacji Przetaczania Krwi w Gdańsku zobowiązały się przejść dodatkowe przeszkolenie teoretyczne i praktyczne.

Pracownice Szpitala Miejskiego w Elblągu postanowiły w ramach swych zobowiązań otoczyć jak najlepszą opieką wszystkich chorych i utrzymywać stale idealny porządek na terenie szpitala w ciągu całego okresu realizacji Planu 6-letniego. Zobowiązania swoje umotywowały tym, że człowiek pracy musi być pewnym jak najlepszej opieki nad jego zdrowiem, bo w przeciwnym razie ani robotnik, ani chłop nie zdoła włożyć swego maksymalnego wysiłku w rozbudowę przemysłu, kopalń i spółdzielni produkcyjnych.

Pielęgniarki Ośrodka Zdrowia w Elblągu postanowiły otoczyć stałą opieką wszystkie niemowlęta na terenie Elbląga i brać udział w ekipach niosących pomoc w ramach akcji sanitarnej dla wsi.

Pracownice Ubezpieczalni Społecznej, laborantki oddziału rentgenologicznego zobowiązały się do daleko posuniętej oszczędności materiału światłoczułego. I tak dalej... Przykładów takich zobowiązań, powziętych przez pracownice służby zdrowia w całej Polsce jest wiele.

Ogromny nacisk kładziemy również na **socjalistyczną dyscyplinę** pracy w zrozumieniu, że tylko praca planowo i na czas wykonana daje najlepsze rezultaty.

Dla zaspokojenia potrzeb naszego lecznictwa liczba **przeszkolonych** pracownic Służby Zdrowia w Planie 6-letnim sięgnąć ma do 40.000 pielęgniarek i ponad 8.600 położnych. Nie ulega wątpliwości, że zaplanowane liczby wzrosną jeszcze w trakcie ich realizacji, tym więcej, że i planowe dokształcanie młodszych pielęgniarek w czasie ich pracy wzmocni ogromnie fachowo wyszkolone kadry.

W dyskusjach nad Planem 6-letnim często spotykamy się z pytaniem „co właściwie daje nam, kobietom, matkom, Plan 6-letni?". Śmiało możemy odpowiedzieć — bardzo dużo! Przede wszystkim Plan 6-letni to okres, w którym własnymi rękami, własną pracą stworzymy nowe formy opieki, opieki, która zachowa dziecko — matce, a matkę — dziecku. Zbudujemy potężny gmach społecznej opieki nad rosnącym, młodym pokoleniem. My — lekarki, pielęgniarki, położne i salowe — zbudujemy nowe życie naszą wzmożoną pracą. Zwiększy się liczba żłobków o 140%, liczba zaś wiejskich żłobków sezonowych — 12-krotnie. Ilość miejsc w żłobkach miejskich wynosić będzie w roku 1955 — 52 tysiące, a więc trzy razy więcej niż w roku 1949. Pomnoży się wielokrotnie liczba Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem przy zakładach pracy. Na tym odcinku właśnie my damy nasz największy wkład jako wykwalifikowane siły.

Lata wojny i okupacji odbiły się tragicznie na sytuacji dzieci w Polsce. Co piąte dziecko pozbawione jest opieki rodziców, jednego lub obojga. Pozatem ich stan zdrowia nadwyrężony warunkami okupacji jest mocno niezadawalający. Rząd przy pomocy Partii i całego społeczeństwa nie szczędzi wysiłków i środków dla ratowania dzieci. Powstają nowe prewentoria, sanatoria oraz Domy Matki i Dziecka.

Zbliża się dzień 15 grudnia, rocznica zjednoczenia polskiego ruchu robotniczego. Rzuciwszy wzrokiem na te dwa minione lata widzimy jasno, że postulaty, które wysunął Kongres Zjednoczenia — zagadnienie ochrony macierzyństwa i zdrowia dziecka, stanowią naczelne zagadnienia polskiej służby zdrowia.

Kongres Zjednoczenia wytyczył drogę budownictwu socjalistycznemu w Polsce, które zniesie wyzysk człowieka przez człowieka, dlatego też dla szczęścia całego społeczeństwa uznał za sprawę najpilniejszą zapewnienie warunków **jak najlepszego rozwoju dziecku,** przyszłemu obywatelowi i budowniczemu nowej, piękniejszej rzeczywistości.

Aby w pełni zrozumieć znaczenie zrealizowania Planu 6-letniego, aby ocenić co daje socjalizm matce i dziecku możemy sięgnąć do przykładu Związku Radzieckiego. Tam, już w kilka tygodni po zakończeniu Zwycięskiej Rewolucji Październikowej, w dniu 28. 12. 1917 r. wydano pierwszy dekret w sprawie opieki nad matką i dzieckiem. W dekrecie tym czytamy: **„Was, śmiałych budowniczych nowego życia społecznego — lekarzy, położne, pielęgniarki, was**

(dok. ze str. 23)

wszystkich wzywa obecnie nowa Rosja do zjednoczenia waszych myśli, uczuć i rąk dla zbudowania nowego gmachu socjalnej ochrony przyszłych pokoleń". Na ten prosty apel odezwali się wszyscy komu drogie były sprawy i losy matki i dziecka.

Każdej z nas zależy na zbudowaniu szczęśliwego, spokojnego jutra dla naszych dzieci, dlatego też — wzorując się na przykładzie ZSRR — musimy zjednoczyć wszystkie nasze siły, musimy zaciągnąć się do szeregów współzawodnictwa pracy, aby wykonać Plan 6-letni. Rzućmy więc apel do wszystkich członkiń Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, by swą twórczą energią i entuzjazmem pracy przyczyniły się do wykonania stojących przed nami zadań w okresie realizacji Planu 6-letniego — w okresie budowy fundamentów trwałego pokoju i sprawiedliwości społecznej.

Jadwiga Moraczewska

Co to znaczy?

Eczema — wyprysk na skórze

Embolia — zator, zaczopowanie naczyń krwionośnych

Embrion — zarodek

Emetica — środki lecznicze wymiotne

Emphysema — rozedma, np. emphysema pulmonum — rozedma płuc

Emulsja — zawiesina

Endemia — choroba zakaźna panująca stale w jednej miejscowości

Epiderma — naskórek

Etiologia — nauka o przyczynach powstawania chorób

Expectorantia — środki wykrztuśne

Daltonizm — niemożność rozróżniania niektórych barw, najczęściej barwy zielonej od czerwonej.

Diaphoretica — leki napotne, środki które stosuje się w celu sztucznego wywołania potów. Np. dla usunięcia w ustroju nadmiaru płynów w stanach obrzękowych lub otyłości albo dla odciążenia pracy nerek w razie ich uszkodzenia (np. zapalenie nerek), albo dla szybszego usunięcia z ustroju trucizn i jadów bakteryjnych w przypadku zatruć lub chorób zakaźnych. Do tej grupy należą m. i. pilokarpina. preparaty salicylu, napary z kwiatów lipy, czarnego bzu itp.

ODPOWIEDZI REDAKCJI

Kol. W. M. — Warszawa

Uwzględniając życzenia Koleżanki podajemy przykład jadłospisu dla diabetyka przy zaleceniu lekarskim, że chory może spożywać 200 gr. węglowodanów, 110 gr białka i 90 gr tłuszczu dziennie.

Śniadanie — chleb 3 dkg, mleko 250 cm³, masło 2 dkg, jajko 1 szt., pomidory 15 dkg albo jabłko 10 dkg.

Obiad — rosół z jarzynami (jarzyny w dowolnej ilości), sztuka mięsa 15 dkg, ogórek kiszony 10 dkg, ziemniaki smażone 40 dkg + 1,5 dkg smalcu, jabłko 7,5 dkg.

Kolacja — kalafior 30 dkg z masłem 2 dkg, mleko zsiadłe 250 cm³, jabłko 7,5 dkg, chleb 3 dkg, ser 5 dkg.

Ilość 3% jarzyn możemy zwiększyć ze względu na słabą przyswajalność węglowodanów.

Dla orientacji podajemy tabelę wykazującą ilości produktów, które można podawać dziennie stosownie do zalecenia lekarza.

I przykład w okresie zimowym

Produkty	Śniad.	Obiad	Kol.	Razem w gramach	W	B	T
Warzywa 5%	150	150	—	300	18	6	—
Warzywa 3%	—	300	400	700	21	14	—
Owoce 12%	100	75	75	250	24	3,5	—
Ziemianki	—	400	—	400	80	6	—
Smalec	—	15	—	15	—	—	15
Jajko	50	—	—	50	—	6	6
Mięso chude	—	150	—	150	—	38	13
Chleb	30	—	30	60	30	5,5	—
Mleko	250	—	250	500	25	15	20
Masło	20	—	20	40	—	—	34
Ser chudy	—	—	50	50	3	18	1,5
				Razem	201	112	89,5

II przykład w okresie wiosennym i letnim

Węglowodanów ok. 215 gr. Białka—95. Tłuszczów—107

Produkty	Śniad.	Obiad	Kol.	Razem w gramach	W	B	T
Warzywa 3%	—	200	200	400	12	8	—
Warzywa 5%	—	150	—	150	9	3	—
Ziemniaki	—	—	100	100	20	3	—
Owoce 12%	250	250	250	750	84	7	—
Kasze	—	20	—	20	15	2	—
Chleb	30	30	30	90	47	8	1
Jajko 1 szt.	50	—	—	50	—	6	6
Mięso chude	—	150	—	150	—	38	23
Smietana 20%	—	30	30	60	5	4	24
Masło	15	10	15	40	—	—	34
				Razem:	217	94	108
				Kalorii z 1 gr.:	4	4	9
				Kalorii:	868	376	972

Całodzienne pożywienie wynosi 2216 kalorii.
Wykaz warzyw 3% i 5% podaliśmy w Nr 6/7 (czerwiec—lipiec) 1950 r.